

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**PREDITORES DA PROCURA DE AJUDA PROFISSIONAL:
ESTUDO EXPLORATÓRIO COM MÃES DE CRIANÇAS ANSIOSAS**

Sara Carina Peixoto Alves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia
Clínica da Saúde e da Doença)**

2013

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**PREDITORES DA PROCURA DE AJUDA PROFISSIONAL:
ESTUDO EXPLORATÓRIO COM MÃES DE CRIANÇAS ANSIOSAS**

Sara Carina Peixoto Alves

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Isabel Freitas Pereira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica da
Saúde e da Doença)**

2013

AGRADECIMENTOS

Primeiro, agradeço à minha orientadora de dissertação, a Professora Doutora Ana Isabel Pereira, por me ter permitido o estudo desta temática bem como pelo apoio disponibilizado de forma constante e integral, pela dedicação e envolvimento. Agradeço todas as orientações efetuadas pois permitiu uma melhor realização do trabalho.

Também, agradeço à professora Doutora Luísa Barros por erguer a Faculdade de Psicologia, bem como a sua disponibilidade e dedicação perante os alunos. Além disto, agradeço a possibilidade de os alunos puderem integrar investigações de tal envergadura.

Agradeço aos pais e às crianças que permitiram com que este estudo se realizasse, bem como agradeço a experiência que foi possível obter junto das crianças do estudo.

Aos meus colegas de curso, que me acompanharam nestes 5 anos, e com os quais enriqueci os meus conhecimentos e proporcionaram bons momentos. Também, um muito obrigado às minhas colegas do núcleo com as quais foi possível trocar experiências de vida, crescer, partilhar conhecimentos e, acima de tudo, partilhar uma amizade saudável.

A todos os meus professores que contribuíram, através da transmissão de conhecimentos e apoio constante, para a minha evolução pessoal e, futuramente, profissional.

Aos meus pais, irmão e restante família pelo apoio proporcionado, pelo amor transmitido, pela compreensão e pela presença constante.

A todos os meus amigos que me acompanham desde longa data e que, direta ou indiretamente, contribuíram para o meu crescimento pessoal. Um obrigado especial à Andreia pela sua amizade, pelo apoio e presença constante.

E, não menos importante, um muito obrigado ao meu namorado, pela sua presença, amor, compreensão, dedicação, encorajamento e, acima de tudo, por contribuir para a minha autoconfiança e autodeterminação.

RESUMO

Os pais têm um papel importante no processo de procura de ajuda profissional para os problemas emocionais e comportamentais dos filhos. São sobretudo eles que reconhecem os primeiros sinais de sofrimento psicológico dos filhos e procuram ajuda para evitar consequências futuras. O presente estudo tem como objetivo geral conhecer, de uma perspetiva exploratória e transversal, quais os preditores da procura de ajuda e as variáveis que influenciam o processo de procura de ajuda profissional para os problemas emocionais e comportamentais das crianças, segundo a perspetiva da mãe.

A seleção dos participantes do estudo foi realizada em diferentes etapas. Numa primeira fase, de triagem, 1004 crianças do 1º e 2º Ciclo e os pais responderam ao questionário de avaliação de sintomatologia de ansiedade, o SCARED-R. Para a segunda fase foram selecionadas 275 crianças e tanto os pais como as crianças responderam autonomamente a um conjunto de questionários de avaliação da ansiedade. Também, foi realizada uma entrevista diagnóstica (ADIS-IV) às crianças e às mães (n=180) e uma entrevista semiestruturada sobre a história de ajuda profissional. A amostra deste estudo consiste em 105 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos e com um diagnóstico principal de perturbação de ansiedade.

A análise dos dados permitiu concluir que os pais, que procuraram ajuda, recorreram com maior frequência aos serviços de psicologia clínica. O não reconhecimento de problemas por normalização, o não reconhecimento do impacto, a perceção de elevado controlo parental e a perceção de não estabilidade do problema foram os motivos mais identificados para ainda não terem recorrido a ajuda profissional. Contudo, não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos (procurou ou não procurou ajuda) nem em função das variáveis sociodemográficas, nem em função das ideias dos pais quanto à ansiedade (crenças parentais, interferência da ansiedade na vida da criança e na vida familiar, nível de ansiedade percebido).

Os resultados obtidos oferecem novas linhas de orientação para futuras investigações para o comportamento parental de procura de ajuda.

Palavras-chave: Procura de ajuda; reconhecimento do problema; perceção de impacto; crenças parentais; perturbações de ansiedade nas crianças.

ABSTRACT

Parents have an important role in the process of seeking professional help for emotional and behavioral problems of children. They are, mainly, that they recognize the early signs of psychological distress of children and seek help to avoid future consequences. The present study aims at general understand, a prospective exploratory cross, which the predictors of help seeking and the variables that influence the process of seeking professional help for emotional and behavioral problems of children, according to the perspective of the mother.

The selection of the study participants was performed in different stages. In a first stage, screening, 1004 children in the elementary school and parents answered to the questionnaire assessment of anxiety symptoms, the SCARED-R. For the second stage, we selected 275 children and both parents and children answered, independently, to a set of questionnaires to assess anxiety. Also, we performed a diagnostic interview (ADIS-IV) to children and mothers (n=180) and a semi-structured interview about the history of professional help. The sample consists of 105 children aged between 7 and 12 years with a principal diagnosis of anxiety disorder.

Data analysis shows that parents who sought help most frequently resorted services of clinical psychology. The non-recognition of problems for normalization, the non-recognition of impact, the perception of high parental control and perception of non-stability of the problem were the most identified reasons for they have not yet seeking professional help. However, there were no significant differences between the two groups (seek or not seek help) relatively to socio-demographic, parental beliefs, interference of anxiety in the child's life and family life and level of perceived anxiety.

The results provide new guidelines for future research into the process of seeking parental help.

Keywords: Help seeking; problem recognition; perception of the impact; beliefs parental; anxiety disorders in children

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1 Ansiedade em crianças em idade escolar	3
1.1.1 A perspetiva desenvolvimentista da ansiedade	3
1.1.2 Perturbações da ansiedade na infância	4
1.1.3 Principais perturbações da ansiedade na infância	4
1.1.4 Comorbilidade e impacto das perturbações de ansiedade	5
1.2 A procura de ajuda profissional e a utilização dos serviços de saúde mental.....	6
1.3 Modelos de comportamento de procura de ajuda	6
1.3.1 Modelo de Processamento de Informação na Decisão de Procura de Ajuda (Vogel, Wester, Larson, & Wade, 2006).....	7
1.3.2 O modelo processual adaptado para crianças de Srebnik, Cauce e Baydar (1996).8	
1.4 Preditores da procura de ajuda profissional nas diferentes fases do processo de procura de ajuda	9
1.4.1 Reconhecimento do problema	9
1.4.2 Decisão de procurar ajuda profissional	14
1.4.3 Seleção de uma fonte de ajuda e seleção dos serviços	16
1.4.4 Acesso aos serviços de saúde	18
2. OBJETIVOS E METODOLOGIA	21
2.1 OBJETIVOS	21
2.1.1 Objetivo geral	21
2.1.2 Objetivos específicos.....	21
2.2 METODOLOGIA	22
2.2.1 Desenho da investigação	22
2.3 AMOSTRA	22
2.3.1 Participantes	22
2.4 PROCEDIMENTOS	25
2.4.1 Instrumentos de recolha de dados	25
2.4.2 Procedimentos de recolha de dados.....	28
2.4.3 Procedimentos de análise de dados	29
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	31
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES.....	45

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
6. BIBLIOGRAFIA	61

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I: Consentimento informado (1ª Fase)	69
ANEXO II: Consentimento informado (2ª Fase)	70
ANEXO III: Motivos pelos quais os pais ainda não tinham procurado ajuda profissional .	71

INDÍCE DE QUADROS E FIGURAS

Quadros

Quadro 1: Características sociodemográficas das crianças que participaram no estudo	23
Quadro 2: Características sociodemográficas dos pais que participaram no estudo.....	24
Quadro 3: Testes estatísticos	30
Quadro 4: Tipo de apoio procurado (Frequências absoluta e relativa)	32
Quadro 5: Duração do acompanhamento (Frequências absoluta e relativa).....	32
Quadro 6: Percepção de resultados do acompanhamento/intervenção terapêutica (Frequências absoluta e relativa)	33
Quadro 7: Tipo de problemas que motivaram os pais a procurar ajuda profissional (Frequências absoluta e relativa)	34
Quadro 8: Razões para a não procura de ajuda profissional - Percepção do problema (Frequências absoluta e relativa)	38
Quadro 9: Preocupações identificadas (Frequências absoluta e relativa)	39
Quadro 10: Sexo da criança e procura de ajuda profissional (Frequências absoluta e relativa e valores estatísticos do teste).....	40
Quadro 11: Ciclo de escolaridade e procura de ajuda profissional (Frequências absoluta e relativa e valores estatísticos do teste).....	40
Quadro 12: Nível socioeconómico e procura de ajuda profissional (Frequências absoluta e relativa e valores estatísticos do teste).....	41
Quadro 13: Conjugalidade parental e procura de ajuda profissional (Frequências absoluta e relativa e valores estatísticos do teste).....	41
Quadro 14: Escolaridade da mãe e procura de ajuda profissional (Frequências absoluta e relativa e valores estatísticos do teste).....	42
Quadro 15: Preocupações com problemas emocionais/comportamentais e procura de ajuda profissional (Frequências absoluta e relativa e relativa e valores estatísticos do teste)	43
Quadro 16: Crenças parentais acerca da ansiedade e procura de ajuda profissional (Média, desvio-padrão e valores estatísticos dos testes)	43
Quadro 17: Interferência da ansiedade na vida da criança e na vida familiar e procura de ajuda profissional (Média, desvio-padrão e valores estatísticos do teste Mann-Whitney U)	44

Quadro 18: Nível de ansiedade percebido e procura de ajuda profissional (Média, desvio-padrão e valores estatísticos do teste t-Student)	44
---	----

Figuras

Figura I: Razões para a não procura de ajuda profissional (Perceção do problema)	35
---	----

INTRODUÇÃO

O presente estudo foi realizado no âmbito da Dissertação de Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, submetida à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Este estudo insere-se no Projeto CATCh (i.e., *Children's Anxiety Treatment and Change*) que tem como principal intuito conhecer alguns fatores que estão associados aos problemas de ansiedade na infância, bem como analisar os mediadores e moderadores da mudança no tratamento de crianças em idade escolar com perturbações de ansiedade.

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral conhecer, de uma perspetiva exploratória e transversal, quais os preditores da procura de ajuda bem como as variáveis que influenciam o processo de procura de ajuda profissional para os problemas emocionais e/ou comportamentais das crianças segundo a perspetiva da mãe.

Os pais assumem um papel preponderante no processo de procura de ajuda profissional para os problemas emocionais e/ou comportamentais dos filhos. São, principalmente, os pais que reconhecem os primeiros sinais/sintomas de sofrimento psicológico das crianças e, em consequência, procuram ajuda profissional para evitar consequências a curto e a longo prazo de tais problemas (Lyneham & Rapee, 2007; Raviv, Sharvit, Raviv, & Rosenblat-Stein, 2009; Wilson, Bushnell & Caputi, 2011).

Muitas das crianças que sofrem de problemas de saúde mental não recebem ajuda psicológica adequada e, por isto, os níveis de utilização dos serviços têm sido baixos. Estima-se que apenas 20 a 50% das crianças com um problema de saúde mental acede aos serviços necessários (Power, Eiraldi, Clarke, Mazzuca & Krain, 2005; Sawyer, Arney, Baghurst, Clark, Graetz, Kosky, Nurcombe, Patton, Prior, Raphael, Rey, Whaites, & Zubrick 2001). O comportamento parental de procura de ajuda bem como a utilização dos serviços de saúde mental tem sido foco de estudo. No entanto, há ainda muito a explorar sobre os motivos pelos quais os pais não procuram os serviços de saúde mental para os seus filhos (Fischer & Turner 1970; Turner & Liew, 2010).

Este trabalho está organizado em **5 partes**. A **primeira parte** diz respeito ao enquadramento teórico onde é abordado, de forma sucinta, as perturbações de ansiedade nas crianças em idade escolar bem como o impacto de tais perturbações na vida da criança e na vida familiar. Ainda, no enquadramento teórico são definidas algumas variáveis e preditores da procura de ajuda profissional nas diferentes fases do processo de procura de ajuda. Também são referidos alguns estudos que abordam estes preditores e variáveis de procura de ajuda bem como as barreiras e os facilitadores deste processo.

A **segunda parte** descreve os objetivos (i.e., gerais e específicos) e a metodologia do estudo (i.e., desenho da investigação, amostra, instrumentos de recolha de dados, procedimentos de recolha e análise de dados). A **terceira parte** do trabalho contempla a apresentação e a análise dos resultados, organizados de acordo com os objetivos gerais e específicos. Na **quarta parte** é apresentada a discussão dos resultados com base na literatura encontrada sobre as temáticas deste estudo. Por fim, a **última parte** contempla as considerações finais onde são apresentadas algumas limitações e implicações do estudo bem como futuras linhas de investigação.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Ansiedade em crianças em idade escolar

1.1.1 A perspectiva desenvolvimentista da ansiedade

A ansiedade é uma emoção básica que compreende componentes psicológicas, fisiológicas, cognitivas e comportamentais e que faz parte do espectro normal das experiências humanas. Pode ser entendida como uma resposta face a um perigo real ou imaginário (Albano, Chorpita & Barlow, 2003; Andrade & Gorenstein, 1998; Borges, Manso, Tomé & Matos, 2008).

A ansiedade ou o medo envolvem, assim, emoções que estão associadas a determinadas respostas fisiológicas e comportamentais que têm como principal finalidade a proteção do indivíduo perante o perigo ou uma ameaça antecipada (Albano, et al., 2003; Baptista, 2000).

Desta forma, a ansiedade e a sua função adaptativa devem ser compreendidas segundo uma perspectiva desenvolvimentista. Ao longo da infância e adolescência emergem determinados medos que são normativos, transitórios e que protegem as crianças de estímulos que podem ser avaliados como incontroláveis (Baptista, 2000; Craske, 1997). Ainda, ao longo do desenvolvimento há mudanças na natureza dos medos e há uma diminuição progressiva e gradual dos medos (Craske, 1997). Nos primeiros anos de vida, os medos relacionam-se, por exemplo, com pessoas estranhas e com a separação das figuras de vínculo. Estes medos tendem a diminuir durante a idade pré-escolar, surgindo os medos relacionados com animais, escuro e criaturas imaginárias (Baptista, 2000; Baptista, Carvalho & Lory, 2005; Craske, 1997). No que respeita aos medos característicos das crianças em idade escolar, faixa etária sobre a qual incide o presente estudo, estes estão relacionados com os acontecimentos sobrenaturais, sangue ou feridas, saúde e morte e aspetos escolares (Baptista, 2000; Baptista, et al., 2005).

Uma vez que a ansiedade é uma emoção básica no ser humano e tem uma função adaptativa ao longo do desenvolvimento é importante perceber quando se está perante uma ansiedade normativa ou perante uma ansiedade patológica. É patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia ou quando se torna disfuncional relativamente ao desenvolvimento sócio emocional. Ainda, a ansiedade e os medos normativos distinguem-se da ansiedade e medos patológicos na sua severidade e intensidade, no nível

de sofrimento causado e no grau de interferência no cotidiano dos indivíduos (Hudson, Rapee & Schniering, 2000; Rapee, Schniering, & Hudson, 2009).

1.1.2 Perturbações da ansiedade na infância

As perturbações de ansiedade são reconhecidas como as perturbações de saúde mental mais comuns em crianças e adolescentes e constituem a primeira razão do encaminhamento de crianças e adolescentes para os serviços de saúde mental (Albano, et al., 2003; Chavira, Stein, Bailey & Stein, 2004).

A literatura tem enfatizado a influência de algumas variáveis sociodemográficas nas perturbações de ansiedade. No que respeita ao **gênero**, alguns estudos (e.g., Albano et al., 2003; Craske, 1997; Rapee, et al., 2009) demonstram que as crianças do sexo feminino apresentam uma maior prevalência de perturbações de ansiedade comparativamente às crianças do sexo masculino, embora existam diferenças em função do quadro patológico. Relativamente à **idade**, alguns estudos verificaram que há um declínio no número de medos com o aumento da idade. Além disto, o foco do medo também muda ao longo do desenvolvimento da criança (Craske, 1997; Scherer & Nakamura, 1968).

1.1.3 Principais perturbações da ansiedade na infância

A fobia específica, a perturbação da ansiedade de separação, a fobia social e a perturbação da ansiedade generalizada são as perturbações mais prevalentes nas crianças e adolescentes (Albano, et al., 2003; Baptista, 2000; Craske, 1997). A fobia específica (i.e., medo excessivo e persistente de objetos ou situações específicas) e a perturbação da ansiedade de separação (i.e., ansiedade e medo excessivos relativamente à separação das figuras de vinculação) têm uma maior incidência em crianças na idade escolar, ou seja, nas crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 9 anos de idade (Albano, et al., 2003; Baptista, 2000; Baptista, et al., 2005). A fobia social (i.e., medo excessivo da avaliação social e/ou de pessoas desconhecidas) tem uma maior prevalência nas crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos de idade enquanto que a perturbação de ansiedade generalizada (i.e., preocupações permanentes, incontroláveis e excessivas que poderão ocorrer em diversos domínios) é mais prevalente nas crianças/jovens com idades entre os 11 e os 19 anos de idade (Albano, et al., 2003; Baptista, 2000; Baptista, et al., 2005).

Há, assim, uma alteração do foco do medo em função do desenvolvimento da criança/adolescente. No entanto, as perturbações ocorrem em função dos desafios

ambientais típicos de cada fase e da maturação/desenvolvimento cognitivo da criança. Assim sendo, estas perturbações podem acontecer em qualquer período de desenvolvimento, dependendo apenas de um aspeto da maturação e da capacidade de perceção da ameaça (Albano, et al., 2003; Baptista, 2000; Craske, 1997).

1.1.4 Comorbilidade e impacto das perturbações de ansiedade

As perturbações de ansiedade em crianças e adolescentes raramente ocorrem de forma isolada. Alguns autores apontam para uma elevada comorbilidade entre as perturbações de ansiedade e outras perturbações, nomeadamente a depressão e perturbações de externalização (Rapee, et al., 2009).

Para a maioria das crianças, vários medos ocorrem como parte do desenvolvimento da infância. No entanto, para algumas esses medos intensificam-se e persistem ao longo do tempo, impedindo a criança de desfrutar das atividades próprias da idade, restringindo as suas experiências de vida, isto porque as crianças ansiosas estão menos com os amigos e não participam tanto em atividades extracurriculares. Pode, assim, trazer consequências negativas, pois as crianças podem não conseguir cumprir as tarefas de desenvolvimento (Albano, et al, 2003; Barrett, Dadds & Rapee, 1996; Strauss, Frame, & Forehand, 1987).

Os resultados imediatos da ansiedade incidem sobre: dificuldades escolares; dificuldades de interação social e diminuição da capacidade de atenção/concentração. Por sua vez, a baixa autoestima e os conflitos familiares podem ser os fatores associados à ansiedade (Strauss, et al., 1987). Paralelamente, tem sido demonstrado que a psicopatologia infantil tem um **impacto significativo na vida familiar e nas rotinas**, no bem-estar parental e nas relações com os outros (Messer, Angold, Costello, & Burns, 1996).

Relativamente aos resultados a longo prazo, os níveis elevados de ansiedade na infância são preditores na vida adulta de níveis elevados de ansiedade, depressão e de perturbações psicológicas secundárias (e.g., abuso de substâncias). Também, poderá haver um menor sucesso nas atividades laborais e menor autonomia (Hofstra, van der Ende, & Verhulst, 2002; Kim-Cohen, Caspi, Moffitt, Harrington, Milne, & Poulton, 2003; Kushner, Sher, & Beitman, 1990). Por isto, a alta prevalência, persistência e riscos associados com as perturbações da ansiedade na infância destacam a necessidade de uma intervenção rápida e eficaz (Creswell, Hentges, Parkinson, Sheffield, Willetts & Cooper, 2010).

1.2 A procura de ajuda profissional e a utilização dos serviços de saúde mental

Aproximadamente 10% das crianças e adolescentes têm problemas de saúde mental que necessitam de intervenção. No entanto, muitas das crianças que sofrem de tais problemas não recebem ajuda psicológica adequada e o acesso aos serviços de saúde mental é reduzido. Apenas 20-50% de crianças identificadas como tendo um problema de saúde mental acedem aos serviços necessários (Power, et al., 2005; Sawyer, et al., 2001). Por exemplo, Sawyer e colaboradores (2001) verificaram que apenas 25% das crianças (entre os 4 e os 17 anos de idade) frequentaram um serviço de saúde mental nos últimos 6 meses anteriores ao estudo. Estas crianças preenchiam os critérios de uma perturbação psiquiátrica e os pais reconheciam a necessidade de ajuda profissional.

Apesar de a literatura demonstrar os baixos acessos aos serviços de saúde mental, algumas investigações sugerem que há ainda muito a explorar sobre os motivos pelos quais os pais não procuram os serviços de saúde mental para os seus filhos face a perceção de um problema (Fischer & Turner, 1970; Turner & Liew, 2010).

Neste seguimento, importa definir o processo de **procura de ajuda profissional**. Este envolve uma decisão racional de um indivíduo sobre se deve ou não procurar a ajuda de um profissional (Pescosolido, 1992). É um processo que envolve uma série de decisões em vez de uma escolha única e planeada. Este processo é incorporado na rede social e estas interações influenciam a identificação de um problema bem como o que deve ser feito para o controlo do mesmo. Os indivíduos tendem a procurar ajuda para um problema através de fontes informais, profissionais na área da saúde ou na área escolar e profissionais de saúde mental (Rickwood, Deane, Wilson & Ciarrochi, 2005; Srebnik, Cauce & Baydar, 1996).

Procurar ajuda para os primeiros sinais/sintomas de sofrimento psicológico das crianças pode reduzir o impacto a curto e a longo prazo das perturbações mentais. É necessário incentivar a procura de ajuda para as crianças, de modo a promover o desenvolvimento emocional, social e cognitivo (Raviv, et al., 2009; Wilson, et al., 2011).

1.3 Modelos de comportamento de procura de ajuda

Têm sido desenvolvidos modelos de comportamento de procura de ajuda profissional. No entanto, a evidência empírica destes modelos é limitada e os que têm sido desenvolvidos são genéricos e projetados para aplicação numa ampla gama de problemas de saúde em geral. Parte-se do pressuposto que os modelos globais podem ser aplicados a perturbações específicas e a diferentes tipos de intervenção (Power, et al., 2005; Srebnik, et al., 1996).

Segundo Andersen (1995) um modelo de processo para os comportamentos de procura de ajuda profissional só é útil se alguns componentes dos modelos representarem variáveis que são passíveis de mudança a fim de promover o acesso equitativo aos serviços de saúde. No seu modelo comportamental de utilização dos serviços de saúde, Andersen (1995) avaliou o grau potencial de mutabilidade de variáveis e verificou que a disponibilidade dos serviços e o tempo de espera têm um elevado grau de mutabilidade. Em relação às crenças de saúde é esperado um grau moderado de mutabilidade, enquanto que as características demográficas (e.g., sexo) é esperado um baixo grau de mutabilidade.

Neste trabalho será abordado, de forma sucinta, o modelo de processamento de informação de Vogel, Wester, Larson e Wade (2006) e o modelo processual adaptado para crianças de Srebnik, Cauce e Baydar (1996). Ambos descrevem o processo de procura de ajuda através de etapas.

1.3.1 Modelo de Processamento de Informação na Decisão de Procura de Ajuda (Vogel, Wester, Larson, & Wade, 2006)

O processo de procura de ajuda formal poderá ser explicado à luz do **Modelo de Processamento de Informação na Decisão de Procura de Ajuda**. Este modelo aborda o modo como as pessoas interpretam o ambiente e a capacidade para responder a esse mesmo ambiente. Preconiza-se que as decisões de procura de ajuda são baseadas tanto na perceção do problema como na crença de que se é capaz de lidar ou não com o mesmo (Vogel, et al., 2006). Este modelo é caracterizado por quatro etapas que passam a ser descritas.

Na **primeira etapa** (i.e., codificação e interpretação) os indivíduos codificam e interpretam as pistas internas e externas. A codificação refere-se à atenção a estímulos relevantes, enquanto que a interpretação está relacionada com o sentido dado a esses estímulos. Um dos fatores principais no processo de codificação e interpretação é o significado pessoal que um individuo dá ao sinal/sintoma (Vogel et al., 2006).

A não procura de ajuda profissional pode estar relacionada com esta primeira etapa pois as pessoas podem ter dificuldades em reconhecer com precisão ou entender o que significam os seus sintomas (Pill, Prior & Wood, 2001), podem não reconhecer como um sintoma de uma doença mental ou não perceber que o sintoma é mutável (Vogel et al., 2006).

Na **segunda etapa** (i.e., gerar alternativas) os indivíduos geram opções comportamentais baseadas nas interpretações prévias das pistas e dos seus objetivos atuais (Vogel, et al., 2006). Na **terceira etapa** (i.e., tomada de decisão) os indivíduos decidem o

que fazer a partir de opções criadas na etapa anterior. As pessoas começam a avaliar os custos e os benefícios das opções criadas e vão optar por ações que parecem ter maiores benefícios. Na **quarta etapa** (i.e., avaliação do comportamento) os indivíduos avaliam os resultados dos seus comportamentos/ações (Vogel, et al., 2006).

Em suma, quando os indivíduos se deparam com um problema de saúde em geral ou um problema de saúde mental, devem primeiro reconhecer e aceitar que têm um problema. Posteriormente, decidem se irão procurar ajuda e avaliam os prós e os contras ao longo do processo de procura de ajuda. Na fase final, os indivíduos selecionam a ajuda e procuram os serviços especializados (Eiraldi, Mazzuca, Clarke, & Power, 2006; Vogel, et al., 2006).

1.3.2 O modelo processual adaptado para crianças de Srebnik, Cauce e Baydar (1996)

Este modelo é baseado nos modelos de procura de ajuda dos adultos, mas é adaptado para incorporar o contexto familiar e social no qual a procura de ajuda das crianças ocorre. Assim, enfatiza a importância do papel dos pais e de outros membros da família, da escola e da comunidade em geral, reconhecendo que as crianças raramente assumem a responsabilidade de procurar os serviços de saúde mental quando surgem problemas (Logan & King, 2001; Srebnik, et al., 1996).

Segundo este modelo (adaptado de Anderson & Newman, 1973; e Goldsmith, Jackson, & Hough, 1988) a procura de ajuda pode ser dividida em 4 etapas, sendo elas: **reconhecimento do problema; decisão em procurar ajuda; seleção de uma fonte de ajuda; e acesso aos serviços**. No entanto, alguns autores questionam esta sequência uma vez que o processo de procura de ajuda raramente ocorre de forma ordenada e linear, sendo antes um processo cíclico e recursivo (Cauce, Domenech-Rodriguez, Paradise, Cochran, Shea, Srebnik, & Baydar, 2002; Power, et al., 2005).

As etapas acima descritas podem ser influenciadas por características da perturbação, por fatores que facilitam ou impedem a decisão em procurar os serviços, e variáveis que promovem ou diminuem o acesso aos serviços (Eiraldi et al., 2006; Srebnik, et al., 1996). O presente estudo irá desenvolver estas etapas e irá abordar as características, os fatores e as variáveis (através de estudos empíricos) que influenciam o processo de procura de ajuda.

1.4 Preditores da procura de ajuda profissional nas diferentes fases do processo de procura de ajuda

As crianças dependem dos pais para aceder aos cuidados de saúde, pois os pais são os principais responsáveis por reconhecerem os problemas dos seus filhos, determinar se necessitam de serviços especializados e, também, por iniciarem a procura de ajuda (Lyneham & Rapee, 2007). Desta forma, é importante compreender o comportamento parental de procurar ajuda para as crianças (Raviv, et al., 2009), bem como ter em conta um conjunto de fatores (e.g., crenças parentais sobre as causas do problema), pois, como se irá ver, influenciam o acesso das crianças aos cuidados de saúde mental (Hughes & Wingard, 2008; Morrissey-Kane & Prinz, 1999).

Tal como já referido, têm sido estudados preditores e variáveis que influenciam o processo de procura de ajuda. Por exemplo, há preditores prévios à decisão de procurar ajuda e estão relacionados com o **reconhecimento do problema** (e.g., perceção do problema) e com a **perceção de impacto do problema** na vida da criança e na vida familiar (e.g., gravidade do problema) (Angold, Messer, Stangl, Farmer, Costello, & Burns, 1998; Lyneham & Rapee, 2007). O **conhecimento dos serviços disponíveis** e as **atitudes parentais em relação a esses serviços** são exemplos de preditores posteriores à decisão de procurar ajuda (Raviv, et al., 2009).

1.4.1 Reconhecimento do problema

O **reconhecimento do problema** refere-se à consciencialização por parte da criança e/ou da família que o funcionamento ou comportamento da criança é problemático (Power, et al., 2005). É considerado como o primeiro e o mais importante passo para o processo de procura de ajuda (Cauce, et al., 2002; Lyneham & Rapee, 2007). No entanto, em geral, os pais não procuram os serviços de saúde mental imediatamente após o reconhecimento do problema, pois tentam resolver autonomamente o problema (Srebnik, et al., 1996).

O reconhecimento parental do problema engloba dois componentes: perceção de que as crianças têm problemas ou necessidades (i.e., “**perceção do problema**”) e a perceção da intensidade e do tipo de sofrimento causado aos outros e/ou à criança pela psicopatologia da criança (i.e., “**impacto do problema**”) (Costello, Pescosolido, Angold, & Burns, 1998, cit. por Teagle, 2002). De seguida, serão definidos estes componentes e são apresentados fatores que influenciam esta primeira etapa.

1.4.1.1 Perceção do problema e perceção de impacto do problema na vida da criança e na vida familiar

Para procurar ajuda de um profissional de saúde mental os pais devem identificar o problema e interpretá-lo como um problema de saúde mental. Se o problema é percecionado como algo que não seja uma questão de saúde mental, há uma tendência para procurar e obter serviços de outros profissionais (e.g., médicos) (Srebnik, et al., 1996).

A perceção do problema é diferente de família para família, pois alguns pais podem considerar um conjunto de comportamentos como normais num determinado estágio de desenvolvimento, enquanto que outros pais consideram os mesmos comportamentos como um motivo de preocupação (Power, et al., 2005).

Teagle (2002) estudou os dois componentes anteriormente referidos do reconhecimento do problema entre os pais e avaliou os seus efeitos na utilização dos serviços de saúde mental. A **perceção do problema** foi definida como a perceção parental de que a criança tinha um problema ou uma necessidade enquanto que o **impacto do problema** foi definido como a perceção parental da intensidade e o tipo de sofrimento causado pela psicopatologia da criança. As análises foram baseadas nos dados de uma amostra de base populacional de 1420 jovens e ambos os preditores foram avaliados através de uma entrevista diagnóstica. Os resultados revelaram que numa amostra de crianças diagnosticadas com pelo menos uma perturbação psiquiátrica apenas 39% dos seus pais perceberam um problema e essa perceção era um preditor do uso de serviços especializados. Da mesma forma, 31,7% dos pais perceberam um impacto significativo do problema no seio familiar, mas este não foi preditor da utilização de serviços especializados. Também, 16,5% das crianças acederam aos serviços especializados quando os pais perceberam o problema. A autora concluiu que a perceção do impacto familiar aumenta a probabilidade de que um dos pais perceba o problema e, por sua vez, aumenta a probabilidade de procurar ajuda profissional.

O **impacto do problema** tem sido definido por outros autores (e.g., Angold, et al., 1998; Messer, et al., 1996) como o efeito que a perturbação tem sobre a vida da criança, sobre o bem-estar parental e sobre a vida familiar. O impacto do problema tem sido estudado sob diferentes designações: gravidade do problema (Raviv, et al., 2009) e sobrecarga do problema (Angold, et al., 1998).

Farmer, Burns, Angold e Costello (1997) estudaram o impacto de problemas emocionais e comportamentais das crianças na família e a sua relação com a utilização dos serviços de saúde mental. Foram recolhidos dados através de entrevistas a pais de crianças

com 9,11 e 13 anos de idade. Os resultados sugerem que a percepção de impacto na família está positivamente associado com a iniciação e com a continuação da utilização dos serviços para os problemas emocionais e comportamentais das crianças. Ainda, a utilização dos serviços revelou associações com dois tipos de impacto: o bem-estar parental e familiar e os sentimentos dos pais de incompetência para lidarem com os problemas das crianças. De forma geral, os autores concluíram que a percepção parental de impacto ao nível do bem-estar familiar e a percepção de consequências futuras dos problemas das crianças eram preditores de uma maior procura de ajuda profissional.

A **percepção de gravidade do problema** pode influenciar o reconhecimento do problema por parte da criança e dos seus pais e, por sua vez, é um fator significativo para a procura de ajuda profissional (Raviv, et al., 2009). No estudo de Raviv e colaboradores (2009) foram selecionados 211 casais com filhos no 1º ciclo e as variáveis foram avaliadas, sobretudo, através de medidas de autorrelato. A percepção de gravidade do problema foi avaliada através da seguinte questão: “Na sua opinião, quão grave é o problema descrito?”. Os autores verificaram um efeito, embora não significativo, no género parental, observando que as mães perceberam o problema como mais grave do que os pais. Os autores propõem que esta diferença pode estar relacionada com o facto das mães do estudo relatarem um maior envolvimento na educação dos filhos comparativamente aos pais o que leva a estarem mais conscientes dos problemas e das implicações dos mesmos. Neste seguimento, a intenção das mães em procurar ajuda formal estava negativamente relacionada com a capacidade de lidar sozinha com o problema e positivamente relacionada com os benefícios percebidos do apoio psicológico e com a percepção de gravidade do problema. Logo, quanto maior a percepção de gravidade e a percepção dos benefícios de procurar ajuda formal, irá processar-se a procura de ajuda (Raviv, et al., 2009).

A **sobrecarga do problema** tem sido definida como o efeito que o problema da criança tem sobre a família e as rotinas diárias. É considerada outro preditor para o reconhecimento do problema e, posteriormente, para a utilização dos serviços de saúde mental (Angold, et al., 1998). A sobrecarga percebida pelos pais e a sua relação com a utilização dos serviços de saúde mental nas crianças e adolescentes foi objeto de estudo por Angold e colaboradores (1998). As crianças do estudo com idades de 9-11 anos e 13 anos e os pais responderam a uma Entrevista Estruturada Diagnóstica de Avaliação da Sobrecarga da Criança e do Adolescente. Neste estudo, os autores verificaram que o baixo acesso aos serviços de saúde mental estava relacionado com a não percepção de sobrecarga do problema. Apenas 10,7% dos pais percecionaram sobrecarga resultante da perturbação da criança. Assim, os autores verificaram que a sobrecarga percebida pelos pais resultante das

perturbações psiquiátricas foi um preditor para uma maior procura e utilização dos serviços de saúde mental.

O reconhecimento do problema e os seus dois componentes são influenciados por outros preditores: a idade da criança; o sexo; eventos negativos de vida; história parental de psicopatologia; conflitos conjugais; e a natureza dos problemas psicológicos. Relativamente à **idade**, alguns estudos verificaram que os pais de crianças mais novas eram mais propensos a reconhecer os problemas, enquanto que os pais de crianças mais velhas eram mais propensos a perceber o impacto do problema na família (Lyneham & Rapee, 2007; Teagle, 2002). Os **pais de crianças do sexo masculino** e a **vivência recente de eventos negativos** predizem uma maior perceção de impacto familiar (Teagle, 2002). O facto de os pais de crianças do sexo masculino percecionarem um maior impacto do problema pode estar relacionado com uma maior prevalência, nos rapazes, de problemas de externalização. Preconiza-se que este tipo de problema tem um impacto mais visível que os problemas emocionais (Bussing, Zima, Gary & Garvan, 2003; Lyneham & Rapee, 2007; Turner & Liew, 2010; Zwaanswijk, Verhaak, Bensing, van der Ende, & Verhulst, 2003). Por outro lado, os pais com **história de psicopatologia** são mais propensos a perceber os problemas dos seus filhos, por serem mais sensíveis a determinada sintomatologia de uma perturbação psiquiátrica (Logan & King, 2001; Teagle, 2002; Zwaanswijk, van der Ende, Verhaak, Bensing, & Verhulst, 2003).

No que respeita à **existência de conflitos conjugais**, tem sido referido que dificulta o reconhecimento de problemas nas crianças, isto porque alguns estudos sugerem que se os pais estiverem preocupados com o conflito conjugal e com a sua resolução, podem não se aperceber dos comportamentos mais problemáticos dos filhos e, em consequência, não procuram ajuda especializada (Srebnik, et al., 1996).

A natureza dos **problemas psicológicos** (i.e., emocional ou comportamental) é também um fator importante para o reconhecimento do problema bem como para a utilização dos serviços de saúde mental (Lyneham & Rapee, 2007). O estudo de Lyneham e Rapee (2007) pretendeu investigar o reconhecimento do problema emocional e/ou comportamental, a utilização dos serviços e o impacto em função da localização de residência. O estudo foi realizado em 9 escolas primárias de zonas urbanas e 18 escolas primárias de zonas rurais. Participaram 1261 mães de crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos de idade. Como metodologias, os autores utilizaram, principalmente, dois instrumentos: *Spence Children's Anxiety Scale* (i.e., SCAS-P – versão para pais) e *Strengths and Difficulties Questionnaire* (i.e., SDQ-P – versão para pais). Os autores verificaram que 81% das mães reconheceram problemas de externalização nas crianças e

apenas 54% das mães reconheceram sintomatologia de ansiedade nos filhos. Os autores sugerem que esta diferença pode estar relacionada com o facto de as perturbações de externalização terem um impacto mais visível do que as perturbações de ansiedade e, por isto, as crianças com perturbações de externalização têm uma maior probabilidade de receberem ajuda (Bussing, et al., 2003; Lyneham & Rapee, 2007; Turner & Liew, 2010).

Relativamente ao impacto do problema, os resultados do estudo de Lyneham e Rapee (2007) mostraram que as mães que vivem numa área rural relataram um maior impacto. Os autores não apresentaram uma justificação clara para tal observação e sugerem mais investigação mas pressupõem que nas áreas rurais as crianças podem estar envolvidas em atividades que exigem um maior envolvimento dos pais (e.g., os pais que vivem em áreas rurais precisam de acompanhar as crianças para atividades distantes de casa).

1.4.1.2 Perceção de controlo parental face ao problema, atribuições parentais e perceção de estabilidade do problema

A perceção de controlo parental, as atribuições dos pais acerca das causas do problema e a perceção de (não) estabilidade do problema são exemplos de fatores referidos na literatura que influenciam o processo de procura de ajuda (Lyneham & Rapee, 2007; Morrissey-Kane & Prinz, 1999; Raviv, et al., 2009).

O envolvimento dos pais no processo de procura de ajuda é influenciado por **atribuições e crenças parentais** sobre a causa dos problemas dos filhos e por perceções sobre a capacidade de lidar com tais problemas (Morrissey-Kane & Prinz, 1999; Raviv, et al., 2009). Relativamente ao **controlo parental**, o estudo já mencionado de Raviv e colaboradores (2009) demonstrou que os pais sentiam-se mais motivados para referir outras crianças do que os seus filhos, porque percecionavam ser mais capazes de resolver os problemas dos seus filhos sem ajuda profissional. Isto sugere que a perceção de elevado controlo parental face à perceção do problema dos filhos pode ser um obstáculo à procura de ajuda profissional (Raviv, et al., 2009).

Um outro obstáculo à procura de ajuda são as atribuições que os pais fazem relativamente aos problemas de ansiedade, isto porque os sintomas da ansiedade podem ser considerados como uma parte do temperamento da criança e, portanto, podem ser percecionados como não modificáveis e não controláveis (Lyneham & Rapee, 2007). Se os pais atribuírem as causas dos problemas das crianças à genética ou à idade não irão procurar ajuda profissional, concluindo que o problema não tem solução ou que irá desaparecer (Barros, 2009; Morrissey-Kane & Prinz, 1999).

Ainda, os pais de crianças com perturbações psicológicas tendem a atribuir o comportamento negativo dos seus filhos a fatores externos a si mesmos e fora do seu controlo o que contribui para uma menor procura de ajuda. Ou seja, quando os pais sentem que não têm responsabilidade sobre o problema limita o processo de procura de ajuda (Morrissey-Kane & Prinz, 1999).

Relativamente à **perceção de (não) estabilidade do problema** da criança se, por um lado os pais atribuírem a ansiedade a aspetos temporais, considerando que o problema irá atenuar/desaparecer com o desenvolvimento da criança ou com a aprendizagem ou, se por outro lado, consideraram que o comportamento é estável (i.e., traço/imutável), constitui um obstáculo à procura de ajuda profissional (Morrissey-Kane & Prinz, 1999).

Assim, a procura de ajuda formal é mais provável de ocorrer quando um problema de saúde mental é percecionado como indesejável, grave e quando se considera que não desaparece por si só (Cauce, et al., 2002). Logo, se os pais reconhecem as dificuldades e que estas podem ser modificadas, então a procura de ajuda é ponderada (Vogel, et al., 2006).

Nesta linha, importa mencionar o estudo de Francis e Chorpita (2009) que pretendeu avaliar a ansiedade dos pais e das crianças bem como as crenças parentais sobre a ansiedade das crianças. Foi utilizado a mesma metodologia do presente estudo, pois os autores utilizaram o questionário PBA-Q. As crenças parentais sobre o constructo de ansiedade são compostas por erros cognitivos e interpretações de ameaça específicas da ansiedade da criança, incluindo: crenças que irão surgir consequências negativas devido à ansiedade da criança; crenças que é prejudicial para a criança estar com medo, estar ansiosa, ou desconfortável; e interpretação de estímulos ambíguos como uma ameaça e prejudiciais para a criança. Os autores verificaram que os pais de raparigas relataram níveis mais elevados, embora não significativos, de crenças negativas sobre a ansiedade da criança. Verificou-se, ainda, uma associação significativa entre a ansiedade parental e a ansiedade da criança. Também, as crenças parentais sobre a ansiedade das crianças representaram uma variável que contribuiu para a relação entre a ansiedade da criança e a ansiedade parental.

1.4.2 Decisão de procurar ajuda profissional

Após o reconhecimento do problema, os pais devem decidir se procuram ajuda (Power, et al., 2005). O processo de decisão de procurar ajuda envolve uma análise de custos-benefícios. Se os benefícios de procurar ajuda superam os custos, o processo de procura de ajuda será iniciado (Eiraldi, et al., 2006).

Geralmente é a mãe que decide qual a ajuda necessária e a quem recorrer. No entanto, pela literatura existente não é possível concluir se isto se deve à experiência na utilização dos serviços de saúde mental, à experiência do problema de saúde mental em si ou ao maior envolvimento na educação dos filhos e nas tomadas de decisões em relação aos problemas dos filhos (Janicke & Finney, 2000; Raviv, et al., 2009).

No que respeita às variáveis que influenciam a decisão parental de procurar ajuda, alguns estudos apontam para a **idade da criança**, pois os pais de crianças mais novas são menos propensos em procurar ajuda em serviços de saúde mental, pois os custos superam os benefícios em procurar tal ajuda. Por exemplo, o medo e/ou a vergonha são as barreiras que os pais encontram no processo de decisão de procurar ajuda devido à percepção, por parte de outros, da existência de práticas parentais pobres (Turner & Liew, 2010). No entanto, os dados encontrados para esta etapa são diferentes dos dados da etapa anterior (i.e., reconhecimento do problema), pois Teagle (2002) verificou que os pais de crianças mais novas eram mais propensos a perceber os problemas e, por sua vez, esta percepção era um preditor da utilização dos serviços de saúde mental.

Também, a **natureza dos problemas psicológicos** influencia esta etapa, tal como a anterior. Isto porque os pais decidem procurar ajuda para resolver, principalmente, os problemas de externalização dos filhos (Shanley, Reid, & Evans, 2008). Shanley e colaboradores (2008) verificaram que os pais de crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 17 anos de idade queriam ver resolvidos os problemas de externalização (75%) e apenas 22% dos pais queriam ver resolvidos os problemas de internalização. Estes dados foram obtidos através de um conjunto de questões aos pais sobre a história de ajuda profissional da criança.

1.4.2.1 Expectativas e atitudes parentais em relação aos serviços de saúde mental

As expectativas e atitudes parentais em relação à saúde mental têm um impacto significativo nas decisões parentais para a procura de ajuda (Eiraldi, et al., 2006). Estas expectativas e atitudes parentais são, em parte, influenciadas pela **experiência anterior com os serviços de saúde mental**. Por exemplo, Turner e Liew (2010) estudaram a associação entre a utilização dos serviços de saúde mental para os próprios pais e as atitudes parentais em relação aos serviços de saúde mental para os filhos. O estudo contou com 41 pais e os seus filhos (com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos). Os autores verificaram que os pais que utilizaram os serviços de saúde mental para si relataram atitudes positivas de procura de ajuda, maior nível de intenções de procura de ajuda e menor estigmatização dos

serviços de saúde mental infantil comparativamente aos pais sem experiência prévia com os serviços de saúde mental.

No entanto, se a experiência prévia dos pais com os serviços formais for negativa poderá constituir uma barreira à procura de ajuda psicológica para os problemas dos filhos (Rickwood, et al., 2005).

As expectativas sobre os resultados dos tratamentos podem, também, contribuir para a procura de ajuda, pois se os pais acreditarem que os tratamentos podem trazer benefícios a procura de ajuda é ponderada (Power, et al., 2005).

1.4.2.2 Custos psicológicos percebidos

Geralmente, as pessoas tendem a subestimar a eficácia dos serviços de saúde mental e superestimar os custos em procurar ajuda. Se os custos são mais elevados do que os benefícios, a ajuda profissional não será procurada, ou então, será o último recurso (Raviv, et al., 2009). A **ameaça à autoestima** é um exemplo de um custo psicológico que os pais podem enfrentar quando decidem pedir ajuda profissional, pois pode haver uma perceção de incompetência para lidar com o problema dos filhos sozinhos (Raviv, et al., 2009).

O **estigma** tem sido outro custo psicológico do processo de procura de ajuda mencionado na literatura, pois a preocupação dos pais sobre o que os outros pensam acerca da utilização dos serviços formais para os problemas das crianças foi identificada como uma barreira no acesso aos serviços profissionais (Sawyer, et al., 2001; Vogel, et al., 2006). Além do estigma, as **preocupações** parentais de os filhos serem rotulados bem como a antecipação de consequências negativas de a criança receber um diagnóstico pode interferir na decisão em pedir ajuda (Sayal, Tischler, Coope, Robotham, Ashworth, Day, Tylee & Simonoff, 2010). Outro custo que os pais podem enfrentar no processo de tomada de decisão incide sobre o **medo de ter que divulgar informações pessoais** a um profissional de saúde mental, surgindo sentimentos de embaraço (Vogel, et al., 2006).

1.4.3 Seleção de uma fonte de ajuda e seleção dos serviços

Depois de uma família decidir que irá procurar ajuda deve optar pelo tipo de ajuda (i.e., formal ou informal). No entanto, quando as crianças manifestam problemas emocionais e/ou comportamentais, os profissionais de saúde mental não são, geralmente, as primeiras fontes escolhidas pelos pais (Power, et al., 2005; Srebnik et al., 1996). Os amigos, a família ou os professores são procurados primeiro (Eiraldi, et al., 2006). Assim, a procura

de ajuda profissional pode, muitas vezes, ocorrer depois de outras fontes de ajuda falharem e as consequências negativas de não procurar ajuda de um profissional de saúde terem aumentado (Vogel, et al., 2006).

As redes sociais podem facilitar o acesso aos serviços de saúde quando incentivam os pais a procurar ajuda de um profissional e constituem uma barreira quando influenciam os pais a não procurar ajuda (Eiraldi, et al., 2006), daí a investigação apontar para uma associação entre o apoio social e a utilização dos serviços de saúde (Power, et al., 2005).

Há uma série de fatores que influenciam a escolha de fontes formais ou informais. Os pais com **baixos rendimentos** têm tendência a procurar ajuda profissional para os problemas dos filhos nos serviços escolares disponíveis (Teagle, 2002), enquanto que as famílias de elevados rendimentos tendem a procurar ajuda de fontes formais (Cohen & Hesselbart, 1993). Também, os serviços formais são mais usados por famílias caucasianas e famílias que vivem em áreas urbanas (Cohen & Hesselbart, 1993; McMiller & Weisz, 1996). Este último fator foi estudado por Lyneham e Rapee (2007) pois os autores concluíram que os padrões de utilização dos serviços de saúde variavam em função do local de residência. Verificaram uma maior procura de serviços médicos e escolares em áreas rurais e procura de serviços especializados em áreas urbanas. Segundo os autores, uma explicação para esta diferença poderá estar relacionada com a diferença nos rendimentos mensais nas duas áreas.

Também, conhecer os serviços formais através da rede social ou através da experiência dos pais pode contribuir para a utilização dos mesmos serviços para os problemas emocionais e/ou comportamentais das crianças, isto porque os pais têm tendência em selecionar um serviço formal quando já tiveram algum contacto anterior com esse serviço ou quando o conhecem através de outras fontes (Shanley, et al., 2008).

Paralelamente, no estudo de Raviv e colaboradores (2009) foi possível verificar que os pais estavam mais dispostos em procurar ajuda informal do que um psicólogo. Por outro lado, alguns estudos (e.g., Shanley, et al., 2008) verificaram que os médicos eram os primeiros a serem contactados para a obtenção de ajuda para os problemas dos filhos e a escola era a seguinte.

As fontes formais não especializadas (e.g., médicos) podem fazer o encaminhamento para os serviços de saúde mental o que contribui para que as crianças recebam os serviços necessários (Sayal, Taylor, Beecham, & Byrne, 2002). Neste seguimento, no estudo de Zwaanswijk, van der Ende, Verhaak, Bensing e Verhulst (2005) foi possível verificar que 20% das crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 11 anos de idade que precisavam de ajuda por apresentarem problemas emocionais e/ou comportamentais

utilizaram os serviços de saúde mental diretamente sem consultar o médico de família. Também, os autores verificaram que 43,2% dos pais de crianças que necessitavam de ajuda foram encaminhados para os serviços de saúde mental através dos médicos de família.

1.4.4 Acesso aos serviços de saúde

Depois da seleção das fontes de apoio, os pais acedem aos serviços (Reid, Cunningham, Tobon, Evans, Stewart, Brown, Lent, Neufeld, Vingilis, Zaric, & Shanley, 2011). Tendo em conta as fases anteriormente mencionadas verifica-se que as crianças visitam os psicólogos só depois de os pais reconhecerem a existência de um problema (Eiraldi et al., 2006; Srebnik et al., 1996; Vogel et al., 2006), de sentirem que não podem lidar sozinhos com o problema e/ou de os pais decidirem que os benefícios de procurar ajuda psicológica são superiores aos custos (Raviv, et al., 2009). Contudo, tal como já mencionado, o acesso aos serviços de saúde mental para os problemas emocionais e/ou comportamentais tem sido reduzido, pois em grande parte, os pais percecionam barreiras (Owens, Hoagwood, Horwitz, Leaf, Poduska, Kellam & Ialongo, 2002; Power, et al., 2005; Sourander, Helstela, Ristkari, Ikaheimo, Helenius & Piha, 2001).

Um exemplo de um estudo que representa os baixos acessos aos serviços de saúde mental é o estudo de Sourander e colaboradores (2001). Este foi feito em dois momentos (quando as crianças tinham 8 anos e depois aos 16 anos). Os autores verificaram que cerca de 7% da amostra tinha recebido algum tipo de ajuda profissional durante o *follow-up*. Os sintomas de externalização foram significativamente associados com a utilização dos serviços tanto aos 8 como aos 16 anos. Apenas 44% das crianças que tinham problemas graves, segundo o relato dos pais, utilizaram os serviços.

De seguida serão apresentados alguns fatores que constituem barreiras ou facilitadores no acesso aos serviços de saúde. Estes fatores estão relacionados com as características dos serviços, com as características dos profissionais de saúde e com características da própria criança ou da família. Sawyer e colaboradores (2001) verificaram que os pais que não procuraram ajuda percecionavam barreiras, tais como o **custo dos serviços**, as **longas listas de espera** e a **falta de conhecimento sobre os serviços**.

Cohen e Hesselbart (1993) também verificaram que a **distância entre a localização** dos serviços e o local de residência constituía uma barreira pois concluíram que as crianças que viviam em áreas rurais eram menos propensas a receber os serviços necessários. Paralelamente, as **características dos próprios profissionais de saúde** podem constituir

uma barreira à utilização dos serviços, principalmente quando as atitudes dos profissionais estão em desacordo com as crenças da família (Srebnik, et al., 1996).

No que respeita ao **género**, há conclusões divergentes, pois alguns estudos têm observado que os rapazes usam mais os serviços de saúde (Zahner & Daskalakis, 1997), enquanto que outros descobriram que as raparigas usam mais serviços de saúde (e.g., Kelleher & Starfield, 1990, cit. por Janicke & Finney, 2000). Relativamente à **idade** das crianças, Cohen e Hesselbart (1993) verificaram que as crianças mais novas utilizavam mais os serviços de saúde. Este dado diverge com a fase de decisão de procura de ajuda, pois foi verificado que os pais de crianças mais novas são menos propensos em procurar ajuda por percecionavam obstáculos (e.g., perceção de práticas parentais pobres) (Turner & Liew, 2010).

Relativamente às **variáveis socioeconómicas**, no estudo de Cohen e Hesselbart (1993) foi possível verificar que as famílias de nível socioeconómico elevado eram mais propensas em aceder aos serviços de saúde mental, comparativamente às famílias de nível socioeconómico médio. Outros estudos (e.g., Sourander, et al., 2001) não encontraram associação entre o nível socioeconómico e a utilização dos serviços de saúde mental. Esta diferença entre a influência dos fatores socioeconómicos no acesso aos serviços formais depende do sistema de saúde do país e das restrições financeiras no acesso aos serviços profissionais para os problemas psicossociais das crianças (Zwaanswijk et al., 2003).

No que concerne à associação entre a **escolaridade dos pais** e a utilização dos serviços formais, no estudo de Hughes e Wingard (2008) foi possível verificar que os pais com nível superior de escolaridade acediam melhor ao sistema de cuidados de saúde e percecionam menos barreiras estruturais.

Relativamente à **posição na fratria**, tem sido verificado que os filhos do meio recebem menos apoio especializado (Zimmerman, 2005). Também, as alterações no **agregado familiar** da criança (e.g., divórcio, novo casamento) foram associadas com uma maior procura de ajuda e utilização dos serviços formais (Sourander, et al., 2001; Zimmerman, 2005). No entanto, outros estudos verificaram que o facto de os pais serem divorciados conduz a uma maior perceção de barreiras no acesso aos serviços de saúde e, por sua vez, a uma menor utilização de tais serviços (Owens, et al., 2002).

Assim sendo, foi possível identificar através da literatura alguns preditores e variáveis que influenciam o processo de procura de ajuda profissional. Considera-se pertinente o estudo dos preditores da procura de ajuda profissional devido à elevada taxa de prevalência das perturbações de ansiedade nas crianças e ao baixo acesso aos serviços de saúde mental (Power, et al., 2005; Sawyer, et al., 2001). Como já referido, há um conjunto

de preditores e variáveis que influenciam as fases do processo de procura de ajuda e, por sua vez, constituem facilitadores ou barreiras no acesso das crianças aos serviços formais. Por isto, é de extrema importância conhecer tais fatores de modo a que os obstáculos sejam reduzidos e, assim, as crianças sejam acompanhadas. Determinadas estratégias podem ser usadas por médicos, profissionais de saúde mental, pais e educadores para incentivar e aumentar a procura de ajuda (Wilson, et al., 2011).

2. OBJETIVOS E METODOLOGIA

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo geral

A presente investigação insere-se no Projeto CATCh (i.e., *Children's Anxiety Treatment and Change*) que pretende conhecer alguns fatores que estão associados aos problemas de ansiedade na infância, bem como analisar os mediadores e moderadores da mudança no tratamento de crianças com perturbações de ansiedade. O presente estudo tem como objetivo geral conhecer, de uma perspetiva exploratória e transversal, quais os preditores da procura de ajuda bem como as variáveis que influenciam o processo de procura de ajuda profissional para os problemas emocionais e comportamentais das crianças segundo a perspetiva da mãe.

2.1.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar a procura de ajuda profissional para os problemas emocionais e comportamentais da criança, incluindo o tipo de apoio procurado pelos pais, para que tipo de problemas, o tempo do acompanhamento e os resultados percebidos.
2. Identificar quais são as razões para a não procura de ajuda profissional, segundo a perspetiva das mães.
3. Identificar quais são as preocupações/problemas atuais identificados pelas mães.
4. Analisar as diferenças entre o grupo de pais que procurou ajuda e não procurou ajuda quanto a: características sociodemográficas (as variáveis da criança e as variáveis familiares); preocupações/problemas identificados pelas mães; crenças parentais em relação à ansiedade das crianças; interferência da ansiedade na criança e na vida familiar; e nível de ansiedade percebido pela criança e pela própria mãe.

2.2 METODOLOGIA

2.2.1 Desenho da investigação

Este estudo adota um desenho transversal e exploratório. Além disto, baseia-se numa **abordagem mista** visto que a recolha de informação e de dados é realizada através de um guião de entrevista semiestruturada e de um conjunto de questionários.

Recorre-se à **metodologia de carácter qualitativo** pois, devido à sua flexibilidade e abertura, proporciona dados sensíveis aos contextos de vida dos indivíduos (Flick, 2005; Mason, 1996), aos valores, crenças, experiências, sentimentos e significações dos sujeitos face às suas vivências (Marshall & Rossman, 1999). A **entrevista semiestruturada** é, assim, caracterizada pela sua flexibilidade em que o entrevistador dispõe de um guião de questões básicas a explorar (López & Santacana, 2003; Patton, 1990).

Paralelamente, como já referido, recorre-se à **metodologia quantitativa**, de modo a proceder a uma análise quantitativa de recolha de dados através dos questionários aplicados aos pais e às crianças.

2.3 AMOSTRA

2.3.1 Participantes

A amostra do presente estudo consiste em 105 crianças com um diagnóstico principal de perturbação de ansiedade, com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos de idade. A maior parte das crianças encontra-se na faixa etária dos 8 aos 11 anos de idade, sendo que só participou uma criança com 7 anos de idade e duas crianças com 12 anos de idade. Relativamente ao sexo, a amostra é equilibrada. Também se verificou que a maior parte das crianças frequentava o 2º ciclo de escolaridade. A perturbação de ansiedade mais prevalente foi a fobia social e a ansiedade generalizada (Quadro 1).

Relativamente ao nível socioeconómico, verifica-se que há uma maior percentagem de pais que se enquadra no nível médio. A maior parte das crianças tem entre zero e dois irmãos e, relativamente à ordem de fratria, uma maior percentagem de crianças eram as mais velhas. Das famílias que participaram no estudo, uma maior percentagem era constituída por quatro elementos, sendo que a maior parte dos pais eram casados ou viviam em união de facto. No que concerne ao nível de escolaridade das mães, verifica-se que a amostra é semelhante (Quadro 2).

Quadro 1: Características sociodemográficas das crianças que participaram no estudo

Variáveis da criança		N = 105			
Sexo					
Masculino		55 (52,4%)			
Feminino		50 (47,6%)			
Idade					
7		1 (1%)			
8		14 (13,3%)			
9		26 (24,8%)			
10		41 (39,0%)			
11		21 (20,0%)			
12		2 (1,9%)			
		M	DP	Min.	Máx.
		9,70	1,03	7	12
Ciclo					
1º Ciclo		39 (37,1%)			
2º Ciclo		66 (62,9%)			
Diagnósticos de perturbação de ansiedade					
Ansiedade de separação		19 (18,1%)			
Fobia social		35 (33,3%)			
Fobia específica		17 (16,2%)			
Perturbação de Pânico sem agorafobia		1 (1%)			
Ansiedade generalizada		32 (30,5%)			
Perturbação do Humor		1(1%)			

Quadro 2: Características sociodemográficas dos pais que participaram no estudo

Variáveis da Família e dos pais	N = 105
Nível Socioeconómico (a)	
Baixo	32 (30,5%)
Médio	45 (42,9%)
Elevado	26 (24,8%)
Número de irmãos (a)	
0	17 (16,2%)
1	49 (46,7%)
2	27 (25,7%)
Mais que 3	8 (7,6%)
Ordem de Fratria (a)	
Mais novo	35 (33,3%)
Do meio	9 (8,6%)
Mais velho	39 (37,1%)
Número de elementos do Agregado (a)	
2	12 (11,4%)
3	19 (18,1%)
4	46 (43,8%)
Mais que 5	26 (24,8%)
Conjugalidade Pais (a)	
Casados/União de Facto	73 (69,5%)
Separados/Divorciados	26 (24,8%)
Escolaridade da mãe (a)	
Até o 9º ano	32 (30,5%)
Conclusão do 12º ano	34 (32,4%)
Ensino superior	36 (34,3%)

(a) Dos valores apresentados, houve pais que não responderam a esta informação

2.4 PROCEDIMENTOS

2.4.1 Instrumentos de recolha de dados

2.4.1.1 Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders – Revised - SCARED-R – versão para crianças (Muris, Merckelbach, Schmidt & Mayer, 1999, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010)

O SCARED-R é um instrumento adequado para triagem de perturbações de ansiedade na infância. Avalia uma variedade de sintomas de diferentes perturbações de ansiedade, segundo o DSM-IV, sendo elas: perturbação de pânico; perturbação de ansiedade de separação; fobia social e escolar; perturbação da ansiedade generalizada; fobia específica; perturbação obsessivo-compulsiva; e perturbação pós-traumático. Este instrumento tem duas versões, uma para os pais e outra para as crianças (Albano, et al., 2003; Simon, Bogels & Voncken, 2011). É composto por 69 itens e todos eles são classificados numa escala de 3 pontos, sendo 0 (nunca ou quase nunca), 1 (algumas vezes), e 2 (muitas vezes), e a pontuação global (varia de 0-138) é obtida pela soma dos itens.

O SCARED-R possui boa consistência interna para resultados totais e subescalas, satisfatória confiabilidade teste-reteste (Muris, Merckelbach, Van Brakel, & Mayer, 1999, cit. por Simon, et al., 2011) e discrimina bem entre problemas de ansiedade e outros problemas comportamentais (Muris, Dreesen, Bogels, Weckx & Van Melick, 2004, cit. por Simon, et al., 2011). A versão portuguesa do questionário (Pereira & Barros, 2010) apresenta valores elevados de consistência interna da escala para a versão respondida pelos pais ($\alpha = 0,94$) e para a versão respondida pelas crianças ($\alpha = 0,94$).

2.4.1.2 Anxiety Disorder Interview Schedule for Children - ADIS-IV (Albano & Silverman, 1996, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010)

A ADIS-IV (ADIS-IV-C/P) é uma entrevista semiestruturada de diagnóstico de perturbações de ansiedade nas crianças. Este instrumento foi desenvolvido para estabelecer o diagnóstico diferencial entre as perturbações de ansiedade de acordo com os critérios do DSM-IV (Summerfeldt & Antony, 2002). Esta entrevista destina-se a crianças e jovens com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos de idade e pretende ter em conta o relato dos pais e da própria criança (Bogels, Bamelis & Bruggen, 2008). Neste estudo foi utilizada

uma versão adaptada da entrevista, de forma a esta ser conduzida em conjunto com a criança e com a mãe.

Este instrumento é dividido em várias secções e cada uma delas corresponde uma determinada perturbação, sendo elas: recusa em ir à escola; ansiedade de separação; fobia social; fobia específica; perturbação do pânico; agorafobia com ou sem perturbação do pânico; ansiedade generalizada; perturbação obsessivo-compulsiva; perturbação do *stress* pós-traumático; distímia; perturbação depressiva major; perturbação da hiperatividade e défice de atenção; perturbação do comportamento e perturbação de oposição. Em cada secção são realizadas questões que têm como principal intuito averiguar a presença ou ausência de determinados sintomas. A cada diagnóstico é atribuído um nível de interferência, classificado de 0 a 8, sendo que a partir de 4 é considerado um nível de interferência clinicamente significativo. Importante salientar que esta entrevista averigua, também, a existência de outras psicopatologias na infância (e.g., perturbações do humor, perturbações de externalização), devido às altas taxas de co-morbidade com transtornos de ansiedade (Cobham, Dadds, Spence & McDermott, 2010).

A ADIS-IV-C/P tem demonstrado uma fiabilidade excelente para os resultados de ansiedade de separação, fobia social, ansiedade generalizada e fobia específica (Silverman, Saavedra, & Pina, 2001).

2.4.1.3 Entrevista semiestruturada sobre a história de ajuda profissional

Após a conclusão da entrevista ADIS-IV, foi realizada uma entrevista semiestruturada com a mãe, com o intuito de obter informações sobre a história de apoio profissional para os problemas das crianças. Com esta entrevista é possível obter informações sobre se a criança obteve algum tipo de ajuda profissional para os problemas emocionais e/ou comportamentais. Caso a resposta fosse negativa, os motivos eram questionados. No caso de resposta afirmativa, era recolhida informação sobre quando, para que tipo de problemas, que tipo de ajuda e intervenção, qual a instituição e a perceção dos resultados obtidos.

Nesta entrevista também eram obtidas informações sobre as preocupações atuais das mães em relação aos seus filhos, com o intuito de averiguar, principalmente, se identificavam a ansiedade como um problema e/ou preocupação. Por fim, as mães eram questionadas acerca das suas expectativas face ao programa Amigos para a Vida, de modo a averiguar em que medida é que as mães esperavam que os medos e a ansiedade dos seus filhos podiam melhorar com a participação no programa.

2.4.1.4 Questionário do impacto da ansiedade na vida da criança – EIAV-C Pais (versão portuguesa de Pereira & Barros, 2011)

Este questionário pretende avaliar o impacto da ansiedade na vida da criança, quer seja ao nível das relações interpessoais ou desempenho escolar, e na vida das rotinas familiares. É um questionário breve e simples, sendo que a primeira questão corresponde à duração da interferência da ansiedade. Depois são colocadas nove questões de modo a avaliar a interferência da ansiedade no dia-a-dia da criança, em vários domínios (e.g., relacionamento interpessoal, atividades extracurriculares). A primeira questão deste grupo de nove diz respeito à perceção dos pais da gravidade dos medos e preocupações das crianças. Por último, são colocadas nove questões para averiguar o grau de interferência da ansiedade das crianças nas rotinas familiares ou nos vários domínios familiares (e.g., relação conjugal, relações laborais). Os itens destes grupos de questões são classificados numa escala de 5 pontos, sendo que o 0 corresponde a “nada” e o 4 corresponde a “muito”.

Este questionário tem duas versões, uma para os pais e outra para as crianças. No presente estudo será apenas tido em conta a versão para pais. A interferência da ansiedade no dia-a-dia da criança apresenta um valor elevado de consistência interna ($\alpha = 0,76$) e a interferência da ansiedade das crianças nas rotinas familiares ou nos vários domínios familiares apresenta, também, um valor elevado de consistência interna ($\alpha = 0,89$).

2.4.1.5 Questionário de crenças parentais sobre a ansiedade das crianças – PBA-Q-Revisto (Francis & Chorpita, 2009; Pereira, Barros & Muris, 2012)

Este questionário tem como objetivo avaliar as crenças parentais relativamente à ansiedade dos filhos. É composto por 55 itens e cada questão é classificada numa escala de 4 pontos, sendo que o 0 corresponde a “discordo totalmente” e o 3 a “concordo totalmente”. Nesta escala foram identificados 4 fatores. O fator 1, designado por “ansiedade parental face à ansiedade dos filhos”, é constituído por 8 itens (e.g., “Fico muito ansioso quando o meu filho está doente”). O fator 2, denominado de “contaminação parental” é constituído por 6 itens (e.g., “Tenho a impressão que algumas das preocupações e medos do meu filho lhe foram transmitidos por mim”). Este fator engloba a crença parental de que a ansiedade dos filhos é causada pelos próprios pais, através da ansiedade e/ou comportamentos. O fator 3, designado por “controlo dos pais e das crianças sobre a ansiedade” integra 7 itens (e.g., “À medida que o meu filho fica mais velho, ele vai aprendendo a lidar melhor com os medos e a ansiedade”). Por último, o fator 4, designado por “apoio ao confronto” é constituído por 5

itens (e.g., “Quando uma criança tem medo de alguma coisa, o melhor é não sujeitá-la a essa situação”). Este fator engloba as crenças parentais sobre as formas de resolução para que a criança consiga lidar com a ansiedade.

Tanto o primeiro como o segundo fator apresentam valores elevados de consistência interna ($\alpha = 0,86$ e $\alpha = 0,79$, respetivamente). O terceiro fator apresenta uma consistência interna aceitável ($\alpha = 0,63$) e o quarto fator apresenta um valor baixo de consistência interna ($\alpha = 0,27$).

2.4.2 Procedimentos de recolha de dados

Este estudo teve em conta a salvaguarda dos aspetos éticos. Os estudos foram aprovados pela Comissão Especializada de Deontologia do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e pelo Instituto de Inovação e Desenvolvimento Curricular.

A primeira fase do estudo decorreu em Outubro e Novembro de 2012 e teve como principal intuito a avaliação inicial da ansiedade. Contou com uma amostra de 1340 estudantes do 1º e do 2º Ciclo, de 9 escolas privadas e públicas do distrito de Lisboa. O projeto de investigação, os procedimentos bem como as questões inerentes à confidencialidade foram explicados a cada encarregado de educação e caso este concordasse deveria fornecer o seu consentimento informado¹. Tanto o envio como a receção do consentimento informado contou com a colaboração dos professores titulares/diretor de turma. Foi possível obter 1027 consentimentos da amostra inicial e, nesta fase, participaram 1004 crianças. Para tal, houve uma taxa de adesão de 74,9%.

Nesta primeira fase, tanto as crianças como as respetivas mães preencheram o questionário SCARED-R. As crianças respondiam ao questionário no ambiente de sala de aula e demorava, em média, 40 minutos. Este preenchimento era realizado com a presença de um elemento da equipa de investigação que, inicialmente, explicava o preenchimento, fazia a leitura de cada um dos itens bem como da escala de resposta. Além disto, poderia auxiliar os alunos, caso fosse necessário. No que respeita ao questionário respondido pelas mães, este foi enviado para casa num envelope por intermédio do professor titular/diretor de turma. A entrega deveria ser pelo mesmo meio.

A segunda fase do estudo decorreu de Novembro a Fevereiro e teve como principal objetivo uma segunda triagem. Foram selecionadas 275 crianças que apresentaram valores

¹ O consentimento informado encontra-se em anexo (Anexo I)

acima do percentil 95 em pelo menos uma das escalas do SCARED-R. Novamente, os encarregados de educação foram informados sobre os procedimentos de modo a fornecerem o seu consentimento informado². Tanto o envio como a receção do consentimento informado realizou-se por intermédio do diretor de turma/professor titular. Nesta fase, foi possível obter 217 consentimentos. As mães e os pais responderam, autonomamente, a um conjunto de questionários de avaliação da ansiedade, que foram entregues e devolvidos à equipa de investigação num envelope através do diretor de turma/professor titular. A criança também respondeu a questionários de avaliação da ansiedade e foi entrevistada de modo a proceder a uma avaliação sociocognitiva, através de dois instrumentos. Ainda, nesta fase, foi realizada uma entrevista diagnóstica (ADIS-IV-C/P) com as mães e as crianças (n=180). Esta entrevista teve a duração, em média, de 1h30minutos e foi realizada por um elemento da equipa de investigação. A entrevista semiestruturada sobre a história de ajuda profissional foi realizada após a ADIS, só com a mãe. Esta investigação envolveu outras fases, mas para o presente estudo foram relevantes as fases acima mencionadas.

Relativamente aos critérios de inclusão para este estudo, as crianças tinham de ter como diagnóstico principal uma perturbação de ansiedade clinicamente significativa. Outro critério de inclusão era ter todos os elementos do protocolo de avaliação. Foram excluídas da amostra todas as crianças com défice cognitivo e perturbação de desenvolvimento.

2.4.3 Procedimentos de análise de dados

Para efeitos de análise quantitativa foi utilizado o programa de análise estatística SPSS (i.e., *Statistical Package for the Social Science*), versão 20. Através deste programa foi possível a realização de análises estatísticas descritivas e inferenciais, apoiadas na utilização de diferentes testes estatísticos, de acordo com os objetivos do estudo e características das variáveis estudadas (Quadro 3). Primeiro, foi feita uma caracterização geral da procura de ajuda profissional. Depois foi realizado o estudo da normalidade das distribuições e o estudo da homogeneidade das variâncias de modo a comparar os grupos. Após isto, foi efetuado o cálculo das médias e desvios-padrões bem como os resultados dos testes paramétricos ou não paramétricos das variáveis em estudo para ambos os grupos (i.e., pais que procuraram ajuda e pais que não procuraram ajuda).

² O consentimento informado encontra-se em anexo (Anexo II)

Quadro 3: Testes estatísticos

Objetivos do estudo	Tipo de análise estatística
Caracterização da procura de ajuda profissional para os problemas emocionais e comportamentais das crianças: tipo de apoio; tipo de problemas; duração de acompanhamento; e percepção de resultados	Estatística descritiva: frequência absoluta e frequência relativa.
Caracterização dos motivos das mães para a não procura de ajuda profissional	Estatística descritiva: frequência absoluta e frequência relativa.
Caracterização das preocupações maternas	Estatística descritiva: frequência absoluta e frequência relativa.
Análise da associação entre as variáveis da criança e as variáveis familiares e a procura de ajuda profissional	Teste de Qui-Quadrado.
Análise da associação entre as preocupações com problemas emocionais e/ou comportamentais e a procura de ajuda profissional	Teste de Qui-Quadrado.
Analisar as diferenças entre os 2 grupos (procurou e não procurou ajuda profissional) quanto às crenças parentais, interferência da ansiedade na vida da criança e na vida familiar, nível de ansiedade percebido	Teste t-Student; Teste de Mann-Whitney U (quando não se cumpriam os pressupostos da normalidade e homogeneidade das variâncias)

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A apresentação e análise dos resultados do presente estudo vão de encontro aos objetivos, gerais e específicos, mencionados na secção anterior. Importa, assim, relembrar o objetivo geral: *conhecer, de uma perspetiva exploratória e transversal, quais os preditores da procura de ajuda bem como as variáveis que influenciam o processo de procura de ajuda profissional para os problemas emocionais e/ou comportamentais das crianças segundo a perspetiva da mãe.*

1. Caracterização da procura de ajuda profissional para os problemas emocionais e comportamentais da criança

1.1. Pais que procuraram ajuda e pais que não procuraram ajuda

Tendo em conta os 105 pais de crianças que participaram neste estudo, verifica-se uma percentagem semelhante entre os pais que procuraram ajuda e os pais que não procuraram ajuda profissional para os problemas emocionais e/ou comportamentais dos seus filhos. No entanto, constatou-se que houve mais pais que nunca procuraram ajuda profissional (n=60) comparativamente aos pais que já tinham procurado ajuda (n=45).

1.2. Tipo de apoio procurado pelos pais

Dos 45 pais que procuraram ajuda para os problemas emocionais e comportamentais dos filhos, verifica-se que a maior parte procurou os serviços de psicologia clínica. Uma percentagem considerável de pais procurou ajuda para os seus filhos recorrendo a mais do que um serviço, incluindo a psicologia clínica. Ainda, 15,6% recorreram aos serviços de pedopsiquiatria. Os serviços/profissionais menos procurados foram os serviços escolares, os terapeutas da fala e os pediatras.

Quadro 4: Tipo de apoio procurado (Frequências absoluta e relativa)

Tipo de apoio procurado	Frequência absoluta	Frequência relativa
Psicologia Clínica	21	46,7%
Mais que um serviço (incluindo a Psicologia Clínica)	10	22,2%
Pedopsiquiatria	7	15,6%
Psicologia Educacional	5	11,1%
Outros profissionais de Saúde (e.g., terapeuta da fala)	2	4,4%

1.3. Duração do acompanhamento

Das crianças que recorreram aos serviços formais, a maioria esteve em acompanhamento durante um ano. Apenas 12 crianças frequentaram os serviços formais num período inferior a meio ano, sendo que 5 destas crianças tiveram menos do que quatro consultas. Também, importa referir que 10 crianças estiveram em acompanhamento durante dois anos ou mais.

Quadro 5: Duração do acompanhamento (Frequências absoluta e relativa)

Duração do Acompanhamento	Frequência absoluta	Frequência relativa
Menos de 4 consultas	5	11,1%
1 – 3 Meses	6	13,3%
4 – 6 Meses	1	2,2%
7 – 12 Meses	19	42,2%
1 – 2 anos	4	8,9%
Mais de 2 anos	10	22,2%

1.4. Perceção de resultados do acompanhamento/intervenção terapêutica

Dos pais que recorreram a ajuda profissional para os problemas emocionais e/ou comportamentais dos filhos, a maior parte percecionou resultados positivos. No entanto, houve uma percentagem considerável de mães que não responderam à questão sobre os resultados percecionados do acompanhamento e/ou intervenção. Apenas 7 mães referiram que a problemática manteve-se mesmo após o recurso a ajuda formal.

Quadro 6: Percepção de resultados do acompanhamento/intervenção terapêutica (Frequências absoluta e relativa)

Percepção de resultados	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não respondeu	21	46,7%
Verificou resultados positivos	17	37,8%
Não verificou resultados positivos	7	15,6%

1.5. Tipo de problemas que motivaram os pais a procurar ajuda profissional

Os problemas de ansiedade foram os problemas que motivaram mais os pais deste presente estudo a procurar ajuda formal. Nos problemas de ansiedade inserem-se os problemas de adaptação a situações novas, a recusa em ir para a escola, a ansiedade de separação a figuras de vinculação e baixa autoestima.

Os problemas académicos também motivaram os pais a procurar ajuda formal. Entre estes problemas destacam-se o baixo rendimento escolar e dificuldades na leitura/escrita. Importa referir que os problemas de comportamento (e.g., agressividade) e os problemas de atenção/concentração foram o terceiro motivo da procura de ajuda profissional.

Outros motivos que levaram os pais a procurar ajuda profissional mas identificados com baixa frequência foram os problemas de sono, os problemas da fala, os problemas alimentares e as dificuldades cognitivas. É importante salientar que 18 pais procuraram ajuda para mais do que um problema. Por exemplo, no mesmo serviço de saúde mental, uma mãe procurou ajuda para o seu filho por este apresentar, simultaneamente, problemas de sono e problemas de ansiedade. Além disto, verificou-se que houve mães, em momentos diferentes e ao longo do desenvolvimento da criança, que procuraram ajuda formal para problemas de ansiedade e problemas de desempenho escolar.

Quadro 7: Tipo de problemas que motivaram os pais a procurar ajuda profissional (Frequências absoluta e relativa)

Tipo de problemas que motivaram a procura de ajuda	Frequência absoluta	Frequência relativa³
Problemas de ansiedade	26	57,8%
Desempenho académico	12	26,7%
Problemas de comportamento	8	17,8%
Problemas de atenção	7	15,6%
Problemas de sono	4	8,9%
Problemas de fala	3	6,7%
Problemas alimentares	2	4,4%
Problemas cognitivos	1	2,2%

1.6. Razões para a não procura de ajuda profissional

Os motivos⁴ pelos quais os pais ainda não tinham procurado ajuda profissional foram obtidos através de uma questão exploratória. As respostas dadas pelas mães inserem-se numa grande dimensão: *a (não) perceção do problema*, que inclui o (não) reconhecimento do problema e os obstáculos encontrados no processo de procura de ajuda. No que respeita ao *não reconhecimento do problema* foram incluídas, por exemplo, a perceção de elevado controlo da criança e dos pais, a perceção de não estabilidade e a causalidade externa (contaminação parental) e a causalidade interna (Figura I).

³ Houve pais que procuraram ajuda para mais do que um problema

⁴ Os motivos pelos quais os pais ainda não tinham procurado ajuda profissional encontram-se em anexo (Anexo III)

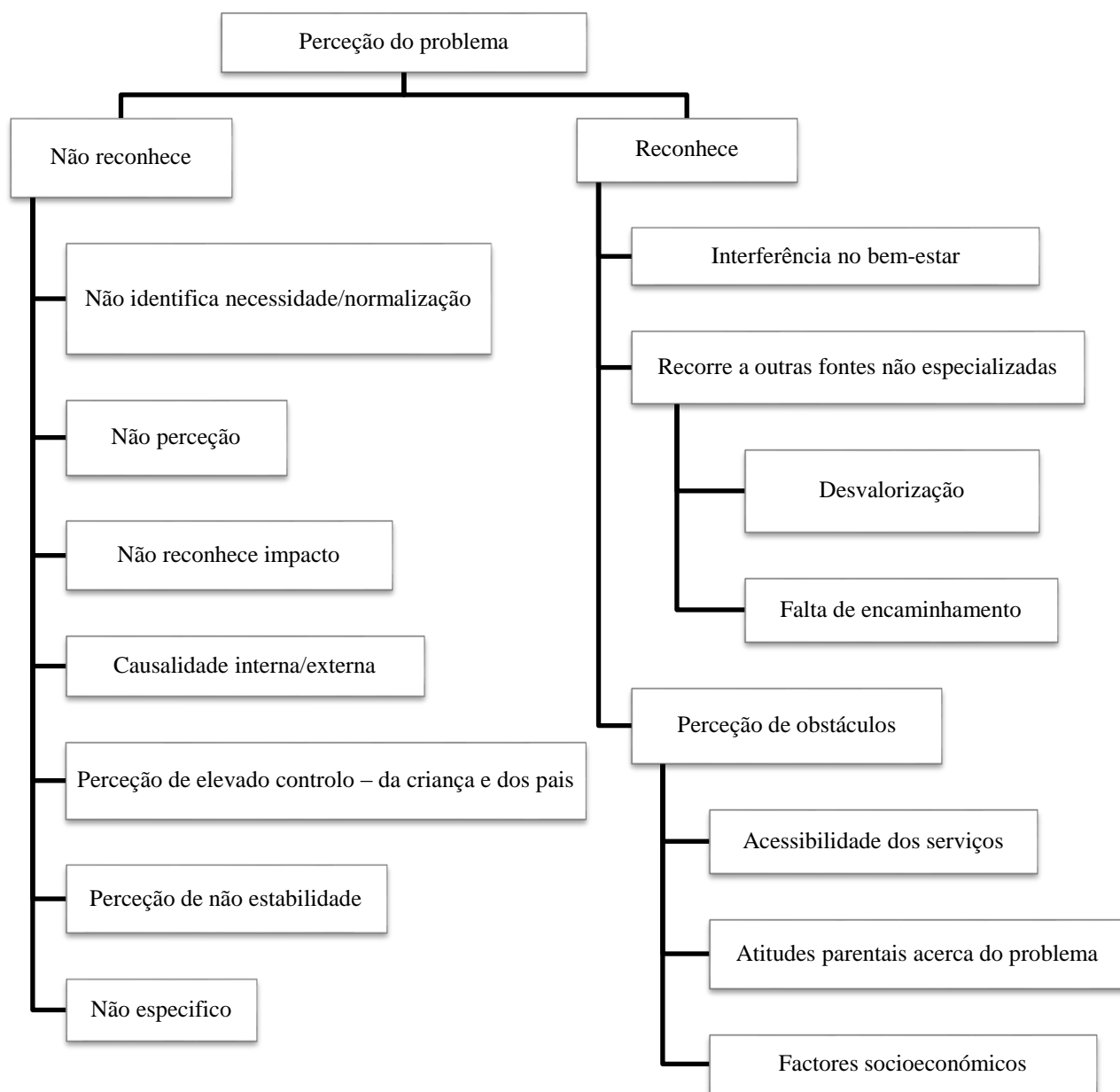


Figura I: Razões para a não procura de ajuda profissional (Percepção do problema)

As respostas de percepção de *normalização do problema* foram as mais frequentes para a não procura de ajuda profissional: “Não acho que fosse necessário”. Apesar de serem identificados em menor percentagem, o facto de as mães *não reconhecerem impacto* do problema na vida da criança e na vida familiar (e.g., “Nunca sentimos que isso atrapalhasse a vida”), bem como *não se terem apercebido do problema* (e.g., “Não me tinha apercebido”) foram outros motivos para a não procura de ajuda profissional.

Ainda, relacionado com o não reconhecimento do problema, houve 4 mães que deram *respostas não específicas*, pois não foi claro os motivos pelos quais ainda não tinham procurado ajuda profissional.

Um outro motivo para a não procura de ajuda profissional está relacionado com o não reconhecimento do problema devido à *percepção de controlo parental* sobre os problemas dos filhos. Nestes casos, os pais percebem um elevado controlo, considerando-se capazes de lidarem sozinhos com os problemas dos seus filhos (i.e., autoeficácia): “Acho que sou capaz de lidar com a situação. Converso com ela e vai-se resolvendo”. Além disso, verificou-se também, embora numa menor percentagem, que alguns pais reconheciam a *criança como capaz de lidar com a ansiedade*: “(...) ele consegue lidar com isso”.

Uma outra razão para a não procura de ajuda foi a percepção de *não estabilidade do problema*. Neste caso, verificou-se que alguns dos pais ainda não tinham procurado ajuda profissional pois acreditavam que o problema iria desaparecer ou diminuir com o *desenvolvimento* da própria criança (e.g., “Ao mesmo tempo com o passar dos anos tem atenuado. Acaba por adormecer se eu não puder estar. Já fica fora de casa”). Também, nesta dimensão foi considerado a percepção de não estabilidade do problema por *aprendizagem* da própria criança. Houve uma mãe que não procurou ajuda profissional por acreditar que a criança deveria aprender a lidar com a sua sintomatologia (e.g., “Ela vai começando a aprender. Penso que é um caminho que tem que percorrer sozinha”).

A atribuição do problema a um fator externo (causalidade externa) ou a características da criança (causalidade interna) foi também um dos motivos para a não procura de ajuda profissional. A *causalidade externa* diz respeito a fatores parentais, nomeadamente, à contaminação parental (e.g., “Pode vir de mim”), considerando que os problemas dos filhos estavam relacionados com o modo de funcionamento dos próprios pais, não reconhecendo a existência de um verdadeiro problema. Por outro lado, a *causalidade interna* diz respeito a características da criança (traços de personalidade) que parece remeter para a impossibilidade de modificar o problema: “Ela sempre foi assim”.

Por outro lado, verificaram-se situações em que as mães reconheceram efetivamente a existência de um problema. No entanto, recorreram a outras fontes formais ou informais e houve uma *desvalorização* do problema por parte dessas fontes (e.g., “Falei muitas vezes com a médica de família sobre isto mas a médica de família nunca valorizou”). Este foi o motivo para a não procura de ajuda mais apontado pelas mães que reconheceram a existência de um problema. Além disto, houve uma mãe que procurou a sua médica de família após a percepção do problema, mas houve falta de encaminhamento para os serviços especializados e adequados tendo em conta a problemática da criança: “Já falei com uma médica porque ela está muito ansiosa. Disse que ia encaminhar. Nunca mais falou”.

Também, houve três mães que reconheceram a existência de um problema pela percepção de algum impacto na vida da criança, principalmente ao nível do bem-estar (e.g.,

“Ultimamente penso que esta insegurança e inibição lhe possa trazer problemas de relacionamento na adolescência”).

Outras razões identificadas, apesar de em menor percentagem, para a não procura de ajuda profissional estão relacionadas com os obstáculos encontrados pelos pais, relativamente aos *fatores socioeconómicos* (e.g., “Financeiramente não tenho essa hipótese”), à *acessibilidade dos serviços* (e.g., “A psicóloga é em Santa Iria, muito longe”), e às *atitudes parentais acerca do problema* (“Queria ver como ela reagia às coisas”).

Importa referir que houve pais que apontaram mais que uma razão para não terem procurado ajuda profissional.

Quadro 8: Razões para a não procura de ajuda profissional - Perceção do problema (Frequências absoluta e relativa)

Perceção do problema	Dimensões	Frequência Absoluta (Frequência Relativa)
Não reconhecimento do problema	Perceção de elevado controlo	Controlo dos pais (autoeficácia) 6 (10%)
		Controlo da criança 4 (6,7%)
	Perceção de não estabilidade do problema	Desenvolvimento 6 (10%)
		Aprendizagem 1 (1,7%)
	Causalidade	Externa (contaminação parental) 4 (6,7%)
		Interna 3 (5%)
		Normalização – não identificar necessidade 23 (38,3%)
		Não reconhece impacto 10 (16,7%)
		Não específico 4 (6,7%)
		Não perceção 2 (3,3%)
Reconhecimento do problema		Procura de outras fontes e desvalorização 10 (16,7%)
		Impacto no bem-estar 3 (5%)
		Falta de encaminhamento por parte de outras fontes 1 (1,7%)
	Obstáculos	Fatores socioeconómicos 3 (5%)
		Atitudes parentais acerca do problema 1 (1,7%)
		Acessibilidade 1 (1,7%)

2. Preocupações/problemas identificados pelas mães

As preocupações com os problemas emocionais e/ou comportamentais dos filhos foram analisadas através da questão exploratória sobre as preocupações maternas: “O que é que mais a preocupa em relação ao seu filho?”. Importa referir que não foi possível obter resposta a esta questão de 27 mães. Verificou-se que uma grande percentagem reconheceu

estar preocupada com problemas emocionais/comportamentais (71,4%). Das 75 mães que identificaram a existência de preocupações, 5 deram respostas não específicas, pois não foi claro identificar qual o problema que as preocupava. Apenas 2,9% das mães não identificaram qualquer preocupação acerca dos filhos. Das 70 mães que identificaram, explicitamente, uma preocupação, a maioria identificou apenas uma (n=43). Também, um número considerável de mães identificou 2 preocupações (n=24). Foram poucas as mães que identificaram 3 preocupações (n=3).

Como se pode observar no Quadro 9, verifica-se que aproximadamente 50% das mães preocupam-se com os problemas de ansiedade nos seus filhos. Também, os problemas de relacionamento, como por exemplo, a inibição e a vitimização, foram outro tipo de preocupações mais mencionadas pelas mães. Apesar de se observarem em menor percentagem, os problemas de comportamento, a tristeza/humor, os problemas de atenção e os problemas de desempenho académico foram outros problemas identificados pelas mães. Os problemas de eliminação e os problemas de adaptação a mudanças (e.g., “Apenas a transição para o 5º ano”) foram os problemas menos identificados.

Quadro 9: Preocupações identificadas (Frequências absoluta e relativa)

Preocupações identificadas	Frequência absoluta	Frequência relativa
Problemas de ansiedade	51	48,6%
Problemas de relacionamento	18	17,1%
Problemas de comportamento	9	8,6%
Problemas de atenção	7	6,7%
Tristeza/Humor	6	5,7%
Problemas de desempenho académico	5	4,8%
Problemas de eliminação (enurese)	1	1,0%
Problemas de adaptação a mudanças	1	1,0%

3. Variáveis sociodemográficas da criança e dos pais e procura de ajuda profissional

3.1 Diferenças entre os dois grupos (procurou ajuda profissional e não procurou ajuda profissional)

3.1.1 Diferenças entre os dois grupos quanto ao sexo da criança

Como se pode observar pelo quadro abaixo não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto ao sexo da criança.

Quadro 10: Sexo da criança e procura de ajuda profissional (Frequências absoluta e relativa e valores estatísticos do teste)

Sexo	Procura de ajuda		Teste
	Não procurou	Procurou	
Masculino	32 (58,2%)	23 (41,8%)	$\chi^2(1) = 0,05, p = 0,82$
Feminino	28 (56%)	22 (44%)	

3.1.2 Diferenças entre os dois grupos quanto ao efeito do ciclo de escolaridade da criança

Relativamente ao ciclo de escolaridade da criança (i.e., 1º e 2º Ciclo) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, embora se verifique uma tendência no sentido dos pais de crianças do 2º ciclo terem procurado mais ajuda profissional em comparação aos pais de crianças do 1º ciclo. No que concerne ao 1º ciclo houve uma diferença de 11 pais entre aqueles que não procuraram ajuda profissional (n=25) e os que procuraram ajuda profissional (n=14).

Quadro 11: Ciclo de escolaridade e procura de ajuda profissional (Frequências absoluta e relativa e valores estatísticos do teste)

Ciclo de Escolaridade	Procura de ajuda		Teste
	Não procurou	Procurou	
1º Ciclo	25 (64,1%)	14 (35,9%)	$\chi^2(1) = 1,23, p = 0,27$
2º Ciclo	35 (53,0%)	31 (47,0%)	

3.1.3 Diferenças entre os dois grupos quanto ao efeito do nível socioeconómico

No que diz respeito ao nível socioeconómico (i.e., baixo, médio, elevado) não se observam diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 12: Nível socioeconómico e procura de ajuda profissional (Frequências absoluta e relativa e valores estatísticos do teste)

Nível Socioeconómico	Procura de ajuda		Teste
	Não procurou	Procurou	
Baixo	19 (59,4)	13 (40,6%)	$\chi^2 (2) = 0,91, p = 0,64$
Médio	23 (51,1%)	22 (48,9%)	
Elevado	16 (61,5%)	10 (38,5%)	

3.1.4 Diferenças entre os dois grupos quanto ao efeito de conjugalidade dos pais

No que concerne à conjugalidade dos pais, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, embora se observe uma tendência para uma menor procura de ajuda profissional nos pais solteiros/divorciados. No grupo de pais solteiros/divorciados houve uma diferença de 8 pais entre os que ainda não tinham procurado ajuda (n=17) e os que já tinham procurado ajuda (n=9). Importa referir que os pais do estudo eram maioritariamente casados ou viviam em união de facto. Houve um equilíbrio entre os pais casados que não procuraram ajuda (n=37) e os que procuraram ajuda profissional (n=36).

Quadro 13: Conjugalidade parental e procura de ajuda profissional (Frequências absoluta e relativa e valores estatísticos do teste)

Conjugalidade dos pais	Procura de ajuda		Testes
	Não procurou	Procurou	
Casados/União de Facto	37 (50,7%)	36 (49,3%)	$\chi^2 (2) = 2,50, p = 0,29$
Solteiros/Divorciados	17 (65,4%)	9 (34,6%)	

3.1.5 Diferenças entre os dois grupos quanto à escolaridade da mãe

No que respeita à escolaridade da mãe não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. A maior parte das mães deste estudo tinham como habilitações literárias o ensino superior (n=36) e 34 mães tinham concluído o 12º ano de escolaridade. Houve uma semelhança entre o número de mães com o 12º de escolaridade que ainda não tinham procurado ajuda para os problemas dos filhos e as mães que já tinham procurado. Relativamente ao grupo de mães com a frequência até ao 9º ano de escolaridade, verificou-se uma diferença maior entre o número de mães que ainda não tinham procurado ajuda comparativamente às que já tinham procurado ajuda.

Quadro 14: Escolaridade da mãe e procura de ajuda profissional (Frequências absoluta e relativa e valores estatísticos do teste)

Escolaridade da mãe	Procura de ajuda		Testes
	Não procurou	Procurou	
Até o 9º ano	20 (62,5%)	12 (37,5%)	$\chi^2 (2) = 1,05 \ p = 0,59$
Conclusão do 12º ano	17 (50,0%)	17 (50,0%)	
Ensino Superior	20 (55,6%)	16 (44,4%)	

4. Preocupações/problemas identificados pelas mães e procura de ajuda profissional

4.1. Diferenças entre os dois grupos (procurou ajuda profissional e não procurou ajuda profissional) quanto à identificação de preocupações com os problemas emocionais e/ou comportamentais dos filhos

Não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos quanto à existência de preocupações com os problemas emocionais/comportamentais da criança. Importa referir que não foi possível obter 27 respostas.

Quadro 15: Preocupações com problemas emocionais/comportamentais e procura de ajuda profissional (Frequências absoluta e relativa e valores estatísticos do teste)

Identificação de preocupações	Procura de ajuda		Testes
	Não procurou	Procurou	
Não identifica preocupações/não respondeu	19 (63,3%)	11 (36,7)	$\chi^2 (1) = 0,66 \quad p = 0,42$
Identifica preocupações	41 (54,7%)	34 (45,3%)	

5. Ideias dos pais quanto à ansiedade (crenças parentais, interferência da ansiedade na vida da criança e na vida familiar, nível de ansiedade percebido)

5.1 Diferenças entre os dois grupos (procurou ajuda profissional e não procurou ajuda profissional)

5.1.1 Diferenças entre os dois grupos quanto às crenças parentais acerca da ansiedade

Os dois grupos do estudo não apresentam diferenças estatisticamente significativas quanto às crenças parentais. Ou seja, nenhum dos 3 fatores obtidos a partir da escala apresentou resultados significativos nos dois grupos.

Quadro 16: Crenças parentais acerca da ansiedade e procura de ajuda profissional (Média, desvio-padrão e valores estatísticos dos testes)

Crenças Parentais	Procurou ajuda		Não procurou ajuda		Testes	
	Média	DP	Média	DP	t(103)	Sig. (2-tailed)
Ansiedade parental face aos filhos	12,26	3,89	12,90	3,25	t(103) = 0,91	0,36
Contaminação da ansiedade	7,85	3,39	7,51	2,82	t(103) = -0,57	0,57
Controlo dos pais e das crianças	12,13	1,50	12,48	1,77	U = 1216,50	0,38

5.1.2 Diferenças entre os dois grupos quanto à interferência da ansiedade na vida da criança e na vida familiar

Os dois grupos não apresentam diferenças estatisticamente significativas quanto à interferência da ansiedade na vida da criança e na vida familiar. No entanto, verifica-se que a interferência na vida da criança aproxima-se da significância.

Quadro 17: Interferência da ansiedade na vida da criança e na vida familiar e procura de ajuda profissional (Média, desvio-padrão e valores estatísticos do teste Mann-Whitney U)

Interferência da ansiedade	Procurou ajuda			Não procurou ajuda			Testes Mann-Whitney U	
	Média	DP	Mean Rank	Média	DP	Mean Rank	U	Sig. (2-tailed)
Interferência na vida da criança	9,40	5,73	58,91	7,43	4,74	48,57	1616,00	0,08
Interferência na vida familiar	6,62	5,82	57,12	5,18	4,67	49,91	1535,50	0,23

5.1.3 Diferenças entre os dois grupos quanto ao nível de ansiedade percebido

Os dois grupos não apresentam diferenças estatisticamente significativas quanto ao nível de ansiedade percebido pela criança e pela mãe.

Quadro 18: Nível de ansiedade percebido e procura de ajuda profissional (Média, desvio-padrão e valores estatísticos do teste t-Student)

Ansiedade percebida	Procurou ajuda		Não procurou ajuda		Testes t		
	Média	DP	Média	DP	T	df	Sig. (2-tailed)
Pela criança	61,78	20,32	63,10	22,52	0,31	103	0,76
Pela mãe	48,29	19,21	46,98	19,60	-0,34	100	0,74

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivo geral conhecer, de uma perspectiva exploratória e transversal, quais os preditores da procura de ajuda bem como as variáveis que influenciam o processo de procura de ajuda profissional para os problemas emocionais e/ou comportamentais das crianças segundo a perspectiva da mãe.

É importante o estudo do processo de procura de ajuda parental para os problemas das crianças de modo a averiguar quais os facilitadores e os obstáculos deste processo. Também, considera-se de extrema importância incentivar os pais a ponderar a procura de ajuda de um profissional face a perceção de um problema, alertando para as consequências a curto e a longo-prazo da ansiedade (Wilson, et al., 2011).

1. Caracterização da procura de ajuda profissional para os problemas emocionais e comportamentais da criança

Neste estudo, verificou-se que houve mais pais que nunca tinham recorrido a ajuda profissional para os problemas emocionais e/ou comportamentais dos filhos, apesar de ter sido uma diferença de 15 pais entre os que ainda não tinham recorrido e os que já tinham recorrido a ajuda profissional. Esta diferença, confirma, em parte, os dados descritos na literatura, que indicam que menos de metade das crianças com um problema de saúde mental acede aos serviços especializados (Sawyer, et al., 2001). Também, o estudo de Sourander e colaboradores (2001) verificou os baixos acessos aos serviços de saúde mental de crianças com perturbações psiquiátricas, pois apenas 7% da amostra inicial tinha recebido algum tipo de ajuda profissional durante 8 anos de follow-up, uma vez que este estudo foi realizado em dois momentos, o primeiro quando as crianças tinham 8 anos e o segundo quando tinham 16 anos.

Apesar de no presente estudo se ter verificado uma maior percentagem de pais que nunca tinham recorrido a ajuda profissional e de a literatura referir os baixos acessos aos serviços de saúde mental há que ter em conta que houve uma maior percentagem de pais, neste estudo, que procuraram ajuda comparativamente a outros estudos. Por exemplo, no estudo de Teagle (2002), apenas 16,5% das crianças acederam aos serviços especializados após a perceção de um problema.

Um aspeto relevante foi o facto de a maior parte dos pais que procuraram ajuda para os problemas emocionais e comportamentais dos filhos, terem recorrido aos serviços de psicologia clínica. Os pediatras e os terapeutas da fala foram os menos procurados pelos

pais. De acordo com a literatura, as pessoas acedem aos serviços de saúde mental após terem recorrido a outras fontes formais (e.g., médicos) ou informais (e.g., colegas, amigos) (Hinson & Swanson, 1993; Vogel, et al., 2006). Importa referir que neste estudo, foi pedido às mães que já tinham procurado ajuda profissional para os problemas emocionais e/ou comportamentais dos filhos que relatassem, de forma sucinta, a história de acesso aos serviços formais. As mães forneciam informação diversa, incluindo o ano em que foi feita a procura de ajuda, para que tipo de problemas, qual foi a instituição e que tipo de intervenção tinha sido feita, bem como os resultados obtidos. Ou seja, as mães não foram questionadas, neste estudo, se procuraram uma outra fonte de apoio após a perceção do problema e antes de acederem aos serviços especializados.

Neste seguimento, verificou-se que a maioria das crianças que frequentaram um serviço de apoio formal, principalmente os serviços de psicologia clinica, esteve em acompanhamento durante um ano. Também, se verificou que a grande maioria das mães percecionaram resultados positivos após terem recorrido aos serviços profissionais para os problemas emocionais e/ou comportamentais. Importa referir que houve 10 crianças do presente estudo que estiveram em acompanhamento durante dois ou mais anos. Entre os problemas destas crianças estavam os problemas de agitação motora, ansiedade, problemas de articulação da fala e dificuldades cognitivas. Também, quase todas as mães das crianças que tiveram este acompanhamento mais longo percecionaram resultados positivos.

Relativamente ao **tipo de problemas** que motivou os pais a procurar ajuda formal, os problemas de ansiedade foram os que levaram, em maior percentagem, os pais a recorrer a ajuda de profissionais. Nos problemas de ansiedade foram inseridos os problemas de adaptação a situações novas, a recusa em ir para a escola, a ansiedade de separação a figuras de vinculação e baixa autoestima. Importa referir que alguns destes medos que levam a um elevado nível de ansiedade são típicos das crianças em idade escolar, nomeadamente questões acerca da escola (Baptista, 2000).

O facto de os pais terem, na sua maioria, recorrido à ajuda profissional para os problemas de ansiedade pode sugerir que houve um maior reconhecimento e perceção dos problemas de internalização. Por sua vez, foi este reconhecimento do problema que levou os pais a procurar ajuda, pois considera-se que o reconhecimento do problema é o primeiro passo e o mais importante para a iniciação da procura de ajuda (Cauce, et al., 2002; Lyneham & Rapee, 2007).

O facto de os pais terem procurado ajuda para os problemas de ansiedade e não tanto para aos problemas de externalização é contraditório com a literatura. No estudo de Lyneham e Rapee (2007) 81% das mães reconheceram problemas de externalização nas

crianças e apenas 54% das mães reconheceram sintomatologia de ansiedade nos filhos. Isto poderá estar relacionado com um maior impacto das perturbações de externalização e, por isto, há uma maior procura de ajuda profissional para este tipo de problema (Bussing, et al., 2003; Lyneham & Rapee, 2007; Turner & Liew, 2010). Também, Lyneham e Rapee (2007) propõem que a diferença entre o reconhecimento dos problemas emocionais e comportamentais bem como a diferença entre a procura de ajuda profissional para estes dois problemas estará relacionada com o facto de os sintomas de ansiedade serem vistos pelos pais como um traço de personalidade e, por isto, não modificáveis. Paralelamente, Shanley e colaboradores (2008) verificaram que a maior parte dos pais queriam ver resolvidos os problemas de externalização dos filhos, comparativamente aos problemas de internalização. Como já referido, os resultados do presente estudo não vão de encontro com os dados da literatura pois os pais procuraram ajuda, maioritariamente, para os problemas de ansiedade. No entanto, isto pode ser explicado pelo facto de que a amostra do presente estudo incluir, apenas, crianças que têm como diagnóstico principal uma perturbação de ansiedade clinicamente significativa.

Os problemas académicos foram outro tipo de problemas que motivaram os pais a procurar ajuda formal. Os problemas de comportamento e de atenção/concentração também motivaram os pais a procurar ajuda, apesar de ser em menor percentagem. Tendo em conta que as crianças se encontram nos primeiros anos de aquisição de conhecimentos, considera-se normal que os pais percebam neste período que os filhos apresentam dificuldades quer ao nível da perceção e aquisição de conhecimentos, quer ao nível da atenção/concentração prestada pelas crianças. Os problemas de sono, os problemas da fala, os problemas alimentares, e as dificuldades cognitivas foram os problemas que menos levaram os pais a procurar ajuda formal.

Neste estudo, verificou-se que 18 pais procuraram ajuda para mais do que um problema, sendo que a ajuda poderia ser obtida no mesmo serviço ou em serviços diferentes e em momentos diferentes. Este dado vai de encontro com algumas investigações (por exemplo, Shanley, et al., 2008) pois verificaram que os pais procuravam ajuda para dois problemas diferentes da criança e contactavam clínicas diferentes.

1.1. Razões que levaram os pais a não procurar ajuda profissional para os problemas emocionais e/ou comportamentais

De modo a conhecer os motivos pelos quais os pais ainda não tinham recorrido aos serviços formais, foi feita uma questão exploratória. As respostas das mães foram

categorizadas numa grande dimensão: *a (não) percepção do problema*, que inclui o (não) reconhecimento do problema e os obstáculos encontrados no processo de procura de ajuda. Importa relembrar que relativamente ao não reconhecimento do problema foram incluídas, por exemplo, a percepção de elevado controlo da criança e dos pais, a percepção de não estabilidade e a causalidade externa (contaminação parental) e causalidade interna.

O motivo para a não procura de ajuda profissional mais apontado pelas mães foi a **percepção de normalização do problema**, isto é, as mães consideravam a situação normal e que não havia qualquer necessidade de recorrer ao especialista (e.g., “Não acho que fosse necessário”). Além disto, houve duas mães que não reconheceram o problema como um verdadeiro problema (e.g., “Não me tinha apercebido”), daí não terem recorrido à ajuda profissional. Estes dados são explicados pela literatura, pois a não procura de ajuda está relacionada com o significado pessoal que um indivíduo dá ao sinal/sintoma (Vogel, et al., 2006). Assim, se as pessoas têm dificuldades em reconhecer ou entender o que significam os sintomas não irão procurar ajuda (Pill, Prior & Wood, 2001). Também, podem não reconhecer como um sintoma de uma doença mental ou não perceber que o sintoma é mutável (Vogel, et al., 2006). Neste seguimento, Teagle (2002) verificou que numa amostra de crianças diagnosticadas com pelo menos uma perturbação psiquiátrica apenas 39% dos seus pais perceberam um problema e essa percepção do problema foi um preditor do uso de serviços especializados.

Ainda, as famílias são diferentes na percepção sobre se um conjunto de comportamentos é preocupante o suficiente para ser considerado um problema. Por exemplo, algumas famílias são mais propensas a ver um conjunto de comportamentos como normais nas crianças num determinado estágio de desenvolvimento, enquanto que outras famílias consideram o mesmo comportamento como um motivo de preocupação (Power, et al., 2005). Assim, as famílias que consideram que os comportamentos são normais não irão procurar ajuda profissional enquanto que as famílias que consideram os comportamentos preocupantes irão ponderar a procura de ajuda (Power, et al., 2005).

A não percepção do impacto do problema na vida da criança e/ou na vida familiar foi outro motivo para a não procura de ajuda profissional. Foram 10 as mães que referiram não reconhecer qualquer impacto. Um exemplo de uma verbalização é a seguinte: “Nunca sentimos que isso atrapalhasse a vida”. De acordo com a literatura a percepção de impacto familiar aumenta a probabilidade de que um dos pais perceba o problema e, por sua vez, aumenta a probabilidade de procurar ajuda profissional (Teagle, 2002). Assim, se os pais não percebem impacto do problema também, muito provavelmente, não irão perceber o problema nem procurar ajuda para o mesmo.

No estudo de Farmer e colaboradores (1997) verificou-se que os pais de jovens que estavam a frequentar, pela primeira vez, os serviços formais relataram um maior número e gravidade do impacto do problema na família comparativamente aos pais que não procuraram os serviços. Isto permite concluir, novamente, que a perceção de impacto é um preditor de uma maior procura de ajuda profissional.

Foi possível verificar que 6 mães perceberam um elevado controlo sobre os problemas dos seus filhos. Através das suas respostas era notável que elas percebiam que conseguiam lidar sozinhas com os problemas dos filhos (i.e., autoeficácia). A afirmação “É gerido entre nós” corrobora a ideia acima. Esta perceção de elevado controlo parental contribui, assim, para uma menor procura de ajuda. O facto de as mães do estudo percecionarem um elevado controlo sobre o problema da criança e, por isto, não terem procurado ajuda, vai de encontro à literatura. O estudo de Raviv e colaboradores (2009) demonstrou que, face a um problema, os pais estão mais motivados para referir, aos serviços, outras crianças do que os seus filhos, porque percecionam serem mais capazes de resolver os problemas dos seus filhos sem ajuda profissional por comparação aos amigos. Isto sugere que os pais consideram que conseguem resolver os problemas sozinhos e, esta perceção de elevado controlo parental constitui um obstáculo à procura de ajuda.

Ainda relacionado com a perceção de elevado controlo, houve 4 mães que consideravam que a criança tinha capacidades para resolver o problema por si só. Um exemplo é a seguinte verbalização: “(...) ele consegue lidar com isso”. Tal como a perceção de elevado controlo parental, a perceção de que a criança está a conseguir resolver sozinha o problema constitui uma barreira à procura de ajuda.

Um outro motivo que levou os pais a não procurar ajuda profissional está relacionado com a perceção de não estabilidade dos problemas. Houve 6 mães que acreditavam que o problema iria passar ou diminuir com o desenvolvimento da própria criança. A seguinte afirmação: “Ao mesmo tempo com o passar dos anos tem atenuado. Acaba por adormecer se eu não puder estar. Já fica fora de casa”, indica que, segundo a mãe, o problema tem atenuado ao longo do desenvolvimento da criança. Este tipo de crenças, ou seja, o facto de os pais acreditarem que o problema irá desaparecer ou atenuar com o desenvolvimento da própria criança ou com aprendizagens adquiridas tem sido demonstrado na literatura (por exemplo, Morrissey-Kane & Prinz, 1999) como uma barreira à procura de ajuda.

A causalidade externa, mais precisamente a contaminação parental, foi outro motivo para 4 mães do estudo não terem procurado ajuda profissional. As mães indicaram que ainda não tinham procurado ajuda pois consideravam que os problemas dos filhos estavam relacionados com o modo de funcionamento dos próprios pais ou características da própria

personalidade da mãe ou do pai. Por este motivo, não reconheciam a existência de um problema de saúde mental, ou então percebiam que a mudança tinha que acontecer no seu comportamento. De acordo com a literatura, constata-se que as crianças com perturbações de ansiedade são mais propensas a ter um pai ou mãe com perturbação de ansiedade, comparativamente às crianças sem perturbações (Lieb, Wittchen, Hofler, Fuetsch, Stein & Merikangas, 2000, cit. por Rapee, et al., 2009). Além disto, a ansiedade parental pode contribuir para o desenvolvimento da ansiedade dos filhos através de processos de modelagem de comportamentos de ansiedade (Barlow, 2000; Rapee, 2009).

Neste seguimento, também se verificou que 3 mães indicaram que nunca tinham procurado ajuda profissional pois atribuíam o problema a traços de personalidade (i.e., causalidade interna) da própria criança. Esta atribuição parental remete para a percepção de impossibilidade de modificação do problema o que contribuiu para a não procura de ajuda. Este facto vai de encontro com a literatura existente, pois de acordo com Morrissey-Kane e Prinz (1999) o facto de os pais sentirem que não podem mudar o comportamento da criança pode contribuir para a não procura de ajuda profissional.

Apesar de não terem recorrido a ajuda profissional, houve mães que reconheceram algum problema na criança, quer seja emocional ou comportamental. Neste estudo verificou-se que 10 mães reconheceram a existência de um problema nos seus filhos e recorreram a ajuda não especializada. No entanto, estas mães referiram que houve uma desvalorização do problema por parte das fontes o que contribuiu para que as mães do estudo não procurassem, efetivamente, ajuda especializada para a resolução do problema. De acordo com a literatura, quando as crianças experienciam dificuldades emocionais e comportamentais, os profissionais de saúde mental não são, geralmente, as primeiras fontes escolhidas pelos pais (Srebnik et al., 1996). Os amigos, familiares, os professores ou outros indivíduos da comunidade são, geralmente, procurados primeiro (Eiraldi, et al., 2006). Assim, a procura de ajuda profissional pode, muitas vezes, ocorrer depois de outras fontes de ajuda falharem e as consequências negativas de não procurar ajuda de um profissional de saúde terem aumentado (Vogel, et al., 2006).

No que respeita à influência do problema no bem-estar da criança, verificou-se que três mães referiram que reconheceram o problema pela percepção de algum impacto na vida da criança (e.g., “Ultimamente penso que esta insegurança e inibição lhe possa trazer problemas de relacionamento”). Relativamente a esta variável, alguns estudos apontam para uma maior procura de ajuda profissional após a percepção de impacto ao nível do bem-estar e percepção de consequências futuras. Por exemplo, no estudo já referido de Farmer e colaboradores (1997), foi possível concluir que uma maior percepção de impacto estava

relacionada, significativamente, com uma maior procura de ajuda profissional. Também, Teagle (2002) verificou que a percepção de impacto aumentava a probabilidade de os pais reconhecerem a existência de um problema e, por sua vez, aumentava a probabilidade de os pais procurarem ajuda profissional.

No que concerne aos obstáculos encontrados no acesso aos cuidados de saúde, os fatores socioeconómicos foram os mais apontados pelas mães. Este dado é congruente com a literatura, uma vez que as famílias com baixos rendimentos procuram, na sua grande maioria, os serviços escolares, ao invés dos serviços de saúde mental (Teagle, 2002). Assim sendo, face à percepção de um problema, as famílias com elevado estado socioeconómico procuram com mais frequência os serviços de saúde mental (Cohen & Hesselbart, 1993).

2. Preocupações/problemas identificados pelas mães

As preocupações maternas com os problemas emocionais e/ou comportamentais dos filhos foram analisadas através de uma questão exploratória: “O que é que mais a preocupa em relação ao seu filho?”. Houve 27 mães que não responderam à questão. Por outro lado, mais de metade das mães que participaram no estudo reconheceram estar preocupadas com problemas emocionais e/ou comportamentais (n=75), embora 5 destas mães dessem respostas não específicas. Apenas 3 mães não reconheceram qualquer problema nos filhos. Das 70 mães que reconheceram, explicitamente, um problema, a maioria identificou apenas uma preocupação.

Importa referir que quando se questionou as mães sobre as preocupações pretendia-se conhecer quais as preocupações atuais em relação às crianças. Por outro lado, quando foi pedido a história de ajuda profissional (quando as mães referiram que já tinham procurado ajuda) teve-se em conta os mais diversos problemas ao longo da primeira e segunda infância da criança.

Os problemas de ansiedade foram a preocupação mais referida pelas mães do estudo. A seguinte verbalização demonstra a preocupação materna com a ansiedade do filho: “É muito meigo e sofre muito com as coisas. Leva as coisas muito a peito. Não se sabe defender. Fica nervoso e não consegue explicar”. Os problemas de relacionamento, incluindo a inibição e a vitimização foram as preocupações identificadas por 17,1%. As preocupações maternas com os problemas de comportamento e com os problemas de atenção, de tristeza/humor e de desempenho académico foram identificados em menor percentagem. Os problemas de eliminação e os problemas de adaptação a mudanças foram os problemas menos identificados. Segundo a literatura, o facto das mães se preocuparem

com tais problemas e perceberem impacto ao nível do bem-estar da criança e/ou familiar bem como antecipar consequências futuras pode contribuir para a procura de ajuda profissional (Farmer, et al., 1997). Também, importa referir que 20 mães que identificaram os problemas de ansiedade como motivo de preocupação já tinham, anteriormente, recorrido a ajuda profissional para este tipo de problema.

3. Variáveis sociodemográficas das crianças e dos pais e procura de ajuda profissional

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (pais que procuraram ajuda e pais que não procuraram ajuda profissional) quanto ao **sexo da criança**. A literatura tem demonstrado alguns resultados inconsistentes, uma vez que determinados estudos (e.g., Zahner & Daskalakis, 1997) verificaram que as crianças do sexo masculino utilizam mais os serviços de saúde mental comparativamente às crianças do sexo feminino, enquanto que outros estudos (e.g., Kelleher & Starfield, 1990, cit. por Janicke & Finney, 2000) verificaram que as crianças do sexo feminino acedem mais aos serviços de saúde mental.

No que respeita ao **ciclo de escolaridade da criança** também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, embora se verifique uma tendência no sentido dos pais do 2º ciclo terem procurado mais ajuda comparativamente aos pais de crianças do 1º ciclo. A literatura apresenta dados inconsistentes no que respeita à idade da criança e o acesso aos serviços de saúde. No entanto, primeiro importa referir que, no presente estudo, a associação entre a idade da criança e a procura de ajuda profissional, não corresponde à idade da criança com que foi procurada a primeira ajuda.

O estudo de Turner e Liew (2010) verificou que os pais de crianças mais novas procuravam menos os serviços de saúde por medo ou vergonha da perceção, por parte de outros, da existência de práticas parentais pobres. No entanto, outros estudos verificaram que os pais de crianças mais novas utilizavam mais os serviços de saúde devido à existência de um maior número de consultas preventivas para as crianças ou a perceção dos pais de uma maior vulnerabilidade da criança em idades precoces (Cohen & Hesselbart, 1993; Janicke & Finney, 2000).

Relativamente ao **nível socioeconómico** também não se observaram diferenças estatisticamente significativas. Os pais foram inseridos no nível baixo, médio e elevado. O facto de o nível socioeconómico não ter impacto na utilização dos serviços de saúde mental vai de encontro com alguns estudos que não encontraram diferenças significativas (e.g.,

Sourander, et al., 2001). Outros estudos verificaram que o nível socioeconómico baixo era apenas um preditor para a utilização dos serviços escolares após a perceção do problema (e.g., Teagle, 2002). Ainda, Cohen e Hesselbart (1993) verificaram que as famílias com estado socioeconómico elevado utilizam com mais frequência os serviços de saúde mental.

No que concerne à **conjugalidade dos pais** não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, embora se observe uma tendência para uma menor procura de ajuda profissional nos pais solteiros/divorciados. No estudo de Sourander e colaboradores (2001), foi possível verificar que durante 8 anos de follow-up as mudanças no agregado familiar (e.g., divórcio, novo casamento) foram associadas com a utilização dos serviços de saúde mental. Contudo, outros estudos (por exemplo, Srebnik, et al., 1996) propuseram que quando há conflitos conjugais, verifica-se uma menor procura de ajuda, uma vez que os conflitos podem dificultar o reconhecimento dos problemas das crianças e, posteriormente, o acesso aos serviços. Srebnik e colaboradores (1996) propuseram, assim, que se os pais estiverem preocupados com o conflito conjugal e com a sua resolução podem não se aperceber dos comportamentos mais problemáticos dos filhos e, em consequência, não procuram ajuda especializada.

Também, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que respeita à **escolaridade da mãe**. Esta falta de associação entre a escolaridade da mãe e a procura de ajuda profissional vai de encontro com alguns estudos prévios (e.g., Zimmerman, 2005). No entanto, outros estudos verificaram que quanto mais escolaridade possuíam os pais melhor seria o acesso aos cuidados de saúde pois havia uma menor perceção de barreiras estruturais (Hughes & Wingard, 2008).

4. Preocupações/problemas identificados pelas mães e procura de ajuda profissional

Neste estudo não se verificou diferenças significativas entre os dois grupos (pais que procuraram ajuda e os pais que não procuraram ajuda) quanto às preocupações face a problemas emocionais/comportamentais. O facto de a maior parte das mães deste estudo terem reconhecido a existência de preocupações não se pode concluir que as mesmas conduzam necessariamente à procura de ajuda profissional. Isto porque, importa relembrar que as preocupações maternas correspondiam às preocupações atuais, enquanto que a questão sobre a procura de ajuda dizia respeito à história de procura de ajuda profissional para os problemas emocionais e/ou comportamentais desde o nascimento da criança. Assim sendo, é expectável que não se observem associações entre as preocupações maternas e a utilização dos serviços de saúde mental.

De acordo com a literatura, os pais necessitam de identificar o problema e reconhecê-lo como uma questão de saúde mental para procurarem ajuda de serviços especializados (Lyneham & Rapee, 2007; Srebnik, et al., 1996). No entanto, também importa referir que um mesmo problema pode ser motivo de preocupação para uma mãe mas para outra pode ser considerado normal no estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra. Isto leva a concluir que as pessoas são muito diferentes na percepção sobre se os comportamentos são preocupantes o suficiente para serem considerados um problema e, em consequência, levar à procura de ajuda profissional (Power, et al., 2005).

5. Ideias dos pais quanto à ansiedade (crenças parentais, interferência da ansiedade na vida da criança e na vida familiar, nível de ansiedade percebido)

5.1 Diferenças entre os dois grupos quanto às crenças parentais acerca da ansiedade dos filhos

Neste estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto às crenças parentais relativamente à ansiedade dos filhos. No que respeita ao fator 1 (i.e., ansiedade parental face à ansiedade dos filhos) o facto de os pais se preocuparem com a sintomatologia e/ou problemática do filho (e.g., “Assusto-me quando o meu filho está nervoso”) não manifestou associações significativas com a procura de ajuda profissional. Importa referir que alguns estudos (por exemplo, Francis & Chorpita, 2009) verificaram que as significações parentais sobre a ansiedade da criança explicavam, significativamente, a presença de ansiedade na própria criança.

Além disto, os pais de crianças ansiosas têm crenças negativas sobre a ansiedade e sobre as consequências da mesma para os filhos (Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996; Dadds, Barrett, Rapee & Ryan, 1996). Estas crenças e as causas que os pais atribuem aos comportamentos das crianças influenciam as estratégias que os pais optam para lidar com o problema, ou seja, influenciam o processo de procura de ajuda (Francis & Chorpita, 2009; Morrissey-Kane & Prinz, 1999).

Ainda, os pais de crianças ansiosas envolvem-se em práticas de educação de forma diferente do que os pais de crianças não ansiosas. Por exemplo, os pais de crianças com níveis elevados de ansiedade reforçam, muitas vezes, os comportamentos de evitamento das crianças perante situações ambíguas (Lindhout, Markus, Hoogendijk, Borst, Maingay, Spinhoven, Dyck & Boer, 2006).

Relativamente ao fator 2 (i.e., contaminação parental) o facto de os pais percecionarem que a ansiedade dos filhos era, de modo geral, transmitida pelos próprios pais (e.g., “O meu filho mostra o mesmo tipo de preocupações e medos do que eu”) não foi um preditor da procura de ajuda. Tal como já referido, tanto as crenças sobre a ansiedade da criança como as **atribuições parentais acerca das causas do problema** podem influenciar a procura de ajuda (Lyneham & Rapee, 2007), pois quando os pais atribuem as causas dos problemas **das crianças à genética ou à idade** não procuram soluções para o controlo dos mesmos, concluindo que o problema não tem solução ou que irá desaparecer (Barros, 2009).

Paralelamente, se os pais atribuem as causas do problema dos filhos a fatores internos, estáveis e imutáveis contribui para que não se sintam capazes de enfrentar o problema e por sua vez há uma menor motivação para procurar ajuda (Morrissey-Kane & Prinz, 1999). Ainda, importa referir que a literatura sobre a ansiedade na infância tem enfatizado o papel dos pais no desenvolvimento e manutenção das perturbações de ansiedade nas crianças, pois a ansiedade parental pode contribuir para o desenvolvimento da ansiedade nos filhos através de processos de modelagem de comportamentos de ansiedade (Barlow, 2000; Rapee, 2009).

Da mesma forma, os dois grupos não diferiram significativamente no que concerne ao fator 3 (i.e., controlo dos pais e das crianças sobre a ansiedade). De acordo com a literatura existente (por exemplo, Raviv, et al., 2009) a percepção de controlo parental face ao problema tem sido apontado como um fator que influencia o processo de procura de ajuda. Por exemplo, o estudo de Raviv e colaboradores (2009) demonstrou que, face a um problema, os pais sentiam-se mais motivados para referir, a serviços profissionais, outras crianças do que os seus filhos, porque eles percecionavam ser mais capazes de resolver os problemas dos seus filhos sem ajuda profissional. Isto sugere, assim, que a percepção de elevado controlo parental pode ser um obstáculo à procura de ajuda profissional.

5.2 Diferenças entre os dois grupos quanto à Interferência da ansiedade na vida da criança e na vida familiar

Neste estudo, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, nos dois grupos, quanto ao nível de interferência da ansiedade na vida da criança e na vida familiar. No entanto, importa frisar que a interferência na vida da criança aproximou-se do nível de significância. Pressupõe-se que, se a amostra fosse de maiores dimensões, haveria

uma associação significativa entre a interferência da ansiedade na vida da criança e a procura de ajuda profissional.

Farmer e colegas (1997) verificaram que a percepção parental de impacto ao nível do bem-estar familiar e a percepção de consequências futuras eram preditores de uma maior procura de ajuda profissional. Também, como já referido, o impacto do problema tem sido estudado sob várias designações, sendo a sobrecarga parental uma delas. Quando os pais percecionam elevada sobrecarga resultante das perturbações psiquiátricas das crianças contribui para uma maior procura dos serviços de saúde mental (Angold, et al., 1998).

5.3 Diferenças entre os dois grupos quanto ao nível de ansiedade percebido

O nível de ansiedade percebido não foi preditor da procura de ajuda profissional. Na literatura foram encontrados resultados contraditórios aos resultados deste estudo no que respeita à associação entre o nível de ansiedade percebido e a utilização dos serviços especializados. Os pais devem primeiro identificar o problema e interpretá-lo como um problema de saúde mental (Srebnik, et al., 1996). No estudo de Teagle (2002) a percepção do problema foi um preditor da utilização dos serviços especializados. No entanto, também se verificou em alguns estudos que as crianças com perturbações de ansiedade recebem menos ajuda profissional do que as crianças com perturbações de externalização. Esta diferença poderá estar relacionada com o impacto do problema, pois as perturbações de externalização têm um impacto mais visível e também poderá estar relacionada com o facto de os pais percecionarem os sintomas de ansiedade como um traço de personalidade da criança e, por isto, não modificáveis (Bussing, Zima, Gary & Garvan, 2003; Lyneham & Rapee, 2007; Turner & Liew, 2010). O facto de não se ter verificado, neste estudo, uma associação entre o nível de ansiedade percebido e a procura de ajuda profissional pode estar relacionado com a amostra inicial ser uma amostra comunitária.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo principal conhecer e explorar quais os preditores e variáveis que influenciam o processo de procura de ajuda para os problemas emocionais e/ou comportamentais das crianças, segundo a perspetiva da mãe. Para tal, foi explorada a história de ajuda profissional, nomeadamente quais os serviços utilizados pelos pais que já tinham recorrido a ajuda para os filhos e, no que respeita aos pais que ainda não tinham recorrido, foram explorados quais os motivos que os levaram a não procurar ajuda.

Através da literatura existente bem como através dos resultados do presente estudo é possível concluir que os pais têm um papel fulcral no processo de procura de ajuda profissional para os problemas emocionais e/ou comportamentais dos filhos (Lyneham & Rapee, 2007; Raviv, et al., 2009; Wilson, et al., 2011). Preconiza-se que este processo ocorre ao longo de 4 fases (i.e., reconhecimento do problema, decisão em procurar ajuda, seleção de uma fonte de ajuda e acesso aos serviços). Estas fases são influenciadas por preditores e variáveis da própria criança e da própria família, que podem facilitar ou inibir o comportamento dos pais para a procura de ajuda (Cauce, et al., 2002; Eiraldi et al., 2006; Power et al., 2005; Srebnik, et al., 1996). Assim, o presente trabalho contribui para melhor compreender o processo de procura de ajuda para os problemas dos filhos e conhecer os obstáculos encontrados pelos pais que ainda não procuraram ajuda, de modo a que se intervenha, futuramente, a este nível.

Um contributo importante deste estudo a referir é que o relato da história de ajuda profissional teve em conta os problemas emocionais e/ou comportamentais. Ou seja, este estudo não se restringiu a conhecer o comportamento parental para a procura de ajuda profissional para um tipo de problema. Com isto, concluiu-se que os pais do estudo tinham procurado, na grande maioria, ajuda para os problemas emocionais das crianças comparativamente aos problemas de externalização ou problemas de desempenho académico. No entanto, importa referir que este dado pode estar relacionado com o facto de a amostra do presente estudo incluir crianças que tinham como diagnóstico principal uma perturbação de ansiedade.

A literatura encontrada enfatiza, na grande maioria, a procura de ajuda para os problemas de externalização, o processo de procura de ajuda para os adolescentes e adultos, bem como a utilização dos serviços das consultas preventivas na área de saúde geral (Janicke & Finney, 2000; Power et al., 2005; Srebnik, et al., 1996). Por isto, é uma mais-valia o estudo do comportamento parental de procura de ajuda para os problemas emocionais e comportamentais das crianças.

Também, um contributo importante a referir é que as crianças que participaram no presente estudo tinham como diagnóstico principal uma perturbação de ansiedade e, por isto, foi possível estudar o comportamento parental de procura de ajuda nos pais destas crianças, os obstáculos encontrados neste processo, bem como as preocupações atuais nos pais destas crianças.

O facto deste estudo se ter baseado numa abordagem mista também constitui um contributo, pois a recolha de dados foi obtida através de metodologia de carácter qualitativo (i.e., entrevistas) e metodologia de carácter quantitativo (i.e., questionários).

Relativamente à amostra, esta pode constituir uma limitação do estudo por ser reduzida. Além disto, a amostra é muito semelhante no que respeita ao sexo, à idade das crianças e às variáveis socioeconómicas. Outra limitação do estudo incide sobre o facto de se ter baseado, apenas, nos relatos maternos. Ou seja, tanto a informação sobre história de ajuda profissional como as preocupações atuais em relação aos filhos eram obtidas através dos relatos das mães. Também, neste estudo, quando as mães foram questionadas sobre a procura de ajuda apenas se teve em conta a ajuda profissional, não existindo informação sobre o recurso a fontes informais de ajuda após a perceção do problema e antes do acesso a fontes formais.

Face à importância do estudo desta temática e tendo em conta estas limitações são propostas linhas futuras de investigação. Primeiro, seria de extrema importância englobar o relato de outras fontes, nomeadamente os pais e os professores. Os pais podem desempenhar um papel importante na procura de ajuda para as crianças, tal como as mães e podem perceber outros preditores e variáveis que facilitem ou inibam o comportamento de iniciar e utilizar os serviços de saúde mental infantil (Raviv, et al., 2009). Por outro lado, o relato dos professores podia ser bastante enriquecedor pois eles podem ter um importante papel no reconhecimento do problema da criança. E, ainda, podem incentivar os pais a procurar ajuda profissional para os problemas das crianças (Zwaanswijk, et al., 2005).

Futuras investigações podem ainda beneficiar de uma amostra de maior dimensão de modo a averiguar, possivelmente, associações entre as variáveis estudadas. Também seria importante um guião de uma entrevista semiestruturada sobre a história de ajuda profissional que englobasse questões com o intuito de explorar: se houve recurso a ajuda informal antes da ajuda profissional; o que levou os pais a tomar a decisão de procurar ajuda profissional; e quais as atitudes e/ou estratégias utilizadas antes de recorrer a ajuda. Também, através deste guião seria pertinente explorar quais os obstáculos encontrados pelos pais no processo de procura de ajuda. Estes podiam ser explícitos e divididos pelas

fases do processo de procura de ajuda profissional. Após isto, devia-se explorar tais obstáculos junto dos pais, de modo a perceber como os resolveram.

Paralelamente, considera-se pertinente que futuros estudos sigam uma perspetiva longitudinal de modo a possibilitar o estabelecimento de relações causais entre os fatores. Ou seja, que permitam encontrar os fatores que contribuem (ou não) para a utilização dos serviços de saúde mental.

Através da reflexão dos resultados deste estudo, é possível identificar algumas **implicações práticas**. Os resultados demonstram que os pais procuraram, na grande maioria, ajuda de profissionais na área da psicologia clínica para os problemas das crianças. Contudo, também foi possível identificar vários fatores que contribuíram para que os pais não procurassem ajuda, nomeadamente: a perceção de elevado controlo parental face ao problema; a perceção de não estabilidade do problema; e o não reconhecimento por normalização do problema. Também, os fatores socioeconómicos foram, apesar de em menor percentagem, identificados pelos pais como um obstáculo à procura de ajuda profissional. Por isto, é importante compreender e explorar quais os fatores que estão envolvidos no processo de procura de ajuda, de modo a aumentar a utilização dos serviços de saúde mental por parte dos pais de criança com perturbações de ansiedade.

Para tal, tendo em conta que o reconhecimento do problema é a primeira fase do processo de procura de ajuda, considera-se pertinente informar os pais sobre os medos normativos e os medos patológicos, bem como sensibilizar os pais para estarem atentos a sinais/sintomas de uma perturbação de ansiedade (Wilson, et al., 2011). Ainda mais, é importante promover a consciência e reconhecimento do impacto do problema que muitas vezes causa constrangimentos a nível familiar, nas rotinas, e no bem-estar da criança e da família (Messer, et al., 1996). Estas atitudes e o facto de os pais sentirem que fazem parte da solução para qualquer problema do filho, poderão aumentar a procura de ajuda profissional e, em consequência, promover o desenvolvimento emocional, social e cognitivo das crianças (Raviv, et al., 2009; Wilson, et al., 2011).

Um outro aspeto que pode contribuir para colmatar as barreiras percecionadas pelos pais no acesso aos cuidados, seria informar os pais da disponibilidade dos serviços, dos profissionais e a acessibilidade aos cuidados. Além disso, e visto a importância dos fatores socioeconómicos enquanto obstáculos ao acesso aos cuidados, seria importante disponibilizar aos pais informação sobre os serviços gratuitos ou a baixo custo (Cohen & Hesselbart, 1993; Raviv, et al., 2009; Sawyer, et al., 2001; Wilson, et al., 2011).

Ainda, uma linha de intervenção importante seria trabalhar com os **médicos de família** e com os **professores** das crianças. Uma das razões identificadas no presente

estudo para as crianças não acederem aos serviços era a desvalorização de outras fontes, principalmente os médicos de família. Face a isto, seria de extrema importância sensibilizar os médicos de família para a deteção de psicopatologia infantil, de modo a que as crianças sejam encaminhadas para os serviços especializados (Sayal, et al., 2002). O trabalho com os professores também poderia ser feito a este nível, sensibilizando-os para a importância de encaminhar, juntamente com a família, para os profissionais de saúde mental após a perceção de um problema (Loades, & Mastroyannopoulou, 2010; Zwaanswijk, et al., 2005).

6. BIBLIOGRAFIA

- Albano, A., Chorpita, B., & Barlow, D. (2003). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash, & R. A. Barkley, *Child Psychopathology (2nd edition)* (pp. 279-329). New York: The Guilford Press.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
- Andrade, L., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 285-290.
- Angold, A., Messer, S., Stangl, D., Farmer, E., Costello, E., & Burns, B. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 88(1), 75–80.
- Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade. Uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento. Trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto.
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 19(1/2), 267-277.
- Barlow, D. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 1247-1263.
- Barrett, P., Dadds, M., & Rapee, R. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333-342.
- Barrett, P., Rapee, R., Dadds, M., & Ryan, S. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.

- Barros, L. (2009). Modelo de intervenção com pais numa perspectiva desenvolvimentista e construtivista: objetivos e fases de mudança. In T. Brandão, & F. Gaspar, *Formação Parental em análise: conceitos, modelos e resultados (no prelo)* (pp. 1-28). Porto: Porto editor
- Bogels, S., Bamelis, L., & Bruggen, C. (2008). Parental rearing as a function of parent's own, partner's, and child's anxiety status: Fathers make the difference. *Cognition and emotion*, 22(3), 522-538.
- Borges, A., Manso, D., Tomé, G., & Matos, M. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*. 26(4), 551-561.
- Bussing, R., Zima, B., Gary, F., & Garvan, C. (2003). Barriers to detection, help-seeking, and service use for children with ADHD symptoms. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 30(2), 176 – 189.
- Cauce, A., Domenech-Rodriguez, M., Paradise, M., Cochran, B., Shea, J., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 44–55.
- Chavira, D., Stein, M., Bailey, K., & Stein, M.(2004). Child anxiety in primary care: prevalent but untreated. *Depression and Anxiety*, 20, 155–164.
- Cobham, V., Dadds, M., Spence, S., & McDermott, B. (2010). Parental Anxiety in the Treatment of Childhood Anxiety: A Different Story Three Years Later. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(3), 410-420.
- Cohen, P., & Hesselbart, C. (1993). Demographic factors in the use of children's mental health services. *American Journal of Public Health*, 83(1), 49–52.
- Craske, M. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61 (2), 4-36.

- Creswell, C., Hentges, F., Parkinson, M., Sheffield, P., Willetts, L., & Cooper, P. (2010). Feasibility of guided cognitive behavior therapy (CBT) self-help for childhood anxiety disorders in primary care. *Mental Health in Family Medicine*, 7, 49–57
- Dadds, M., Barrett, P., Rapee, R., & Ryan, S. (1996). Family Process and Child Anxiety and Aggression: An Observational Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(6), 715-734.
- Eiraldi, R., Mazzuca, L., Clarke, A., & Power, T. (2006). Service utilization among ethnic minority children with ADHD: A model of help-seeking behavior. *Administration and Policy in Mental Health*, 33(5), 607–622.
- Farmer, E., Burns, B., Angold, A., & Costello, E. (1997). Impact of Children's Mental Health Problems on Families: Relationships with service use. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5(4), 230-238.
- Fischer, E., & Turner, J. (1970). Orientation to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(1), 79–90.
- Flick, U. (2005). Métodos Qualitativos na Investigação Científica (Pereira, A., Trad.). Lisboa: Monitor (original publicado em 2002).
- Francis, S., & Chorpita, B. (2009). Parental Beliefs About Child Anxiety as a Mediator of Parent and Child Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 21-29.
- Hinson, J., & Swanson, J. (1993). Willingness to seek help as a function of self-disclosure and problem severity. *Journal of Counseling and Development*, 71, 465–470.
- Hofstra, M., van der Ende, J., & Verhulst, F. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 182 – 189.

- Hudson, J., Rapee, R., & Schniering, C. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 453-478.
- Hughes, S., & Wingard, D. (2008). Parental Beliefs and Children's Receipt of Preventive Care: Another Piece of the Puzzle? *Health Research and Educational Trust*, 43 (1), 287-299
- Janicke, D., & Finney, J. (2000). Determinants of Children's Primary Health Care Use. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 7(1), 29-39
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T., Harrington, H., Milne, B., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 709-717.
- Kushner, M., Sher, K., & Beitman, B. (1990). The relation between alcohol problems and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147(6), 685-695.
- Loades, M., & Mastroiannopoulou, K. (2010). Teachers' Recognition of Children's Mental Health Problems. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(3), 150-156
- Lindhout, I., Markus, M., Hoogendijk, T., Borst, S., Maingay, R., Spinhoven, P., Dyck, R., & Boer, F. (2006). Childrearing style of anxiety-disordered parents. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 89-102.
- Logan, D., & King, C. (2001). Parental facilitation of adolescent mental health service utilization: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 319-340.
- López, F. & Santacana, M. (2003). Evaluación psicológica entendida como um proceso. In M. F. Santacana (Coord.). *Evaluación psicológica* (pp. 5-45). Barcelona: UOC
- Lyneham, H., & Rapee, R. (2007). Childhood anxiety in rural and urban areas: Presentation, impact and help seeking. *Australian Journal of Psychology*, 59 (2), 108-118.

- Marshall, C., & Rossman, G. (1999). *Designing Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Mason, J. (1996). *Qualitative Researching*. London: Sage Publications.
- McMiller, W., & Weisz, J. (1996). Help-seeking preceding mental health clinic intake among African-American, Latino, and Caucasian youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1086–1093.
- Messer, S., Angold, A., Costello, E., & Burns, B. (1996). The Child and Adolescent Burden Assessment (CABA): Measuring the family impact of emotional and behavioral problems. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6, 261 – 284.
- Morrissey-Kane, E., & Prinz, R. (1999). Engagement in child and adolescent treatment: The role of parental cognitions and attributions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(3), 183-198.
- Owens, P., Hoagwood, K., Horwitz, S., Leaf, P., Poduska, J., Kellam, S., & Ialongo, N. (2002). Barriers to Children's Mental Health Services. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 731-738.
- Patton, M. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park, California: Sage publications.
- Pescosolido, B. (1992). Beyond rational choice: The social dynamics of how people seek help. *The American Journal of Sociology*, 97(4), 1096-1138.
- Pill, R., Prior, L., & Wood, F. (2001). Lay attitudes to professional consultations for common mental disorder: A sociological perspective. *British Medical Bulletin*, 57, 207–219.
- Power, T., Eiraldi, R., Clarke, A., Mazzuca, T., & Krain, A. (2005). Improving mental health service utilization for children and adolescents. *School Psychology Quarterly*, 20(2), 187–205.

- Rapee, R. (2009). Early adolescents' perceptions of their mother's anxious parenting as a predictor of anxiety symptoms 12 months later. *Journal of abnormal child Psychology*, 37, 1103-1112.
- Rapee, R., Schniering, C., & Hudson, J. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Raviv, A., Sharvit, K., Raviv, A., & Rosenblat-Stein, S. (2009). Mothers' and Fathers' Reluctance to Seek Psychological Help for Their Children. *Journal of Child & Family Studies*, 18, 151-162
- Reid, G., Cunningham, C., Tobon, J., Evans, B., Stewart, M., Brown, J., Lent, B., Neufeld, R., Vingilis, E., Zaric, G., & Shanley, D. (2011). Help-Seeking for Children with Mental Health Problems: Parents' Efforts and Experiences. *Administration in Policy and Mental Health*, 38, 384-397
- Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 1-32.
- Sawyer, M., Arney, F., Baghurst, P., Clark, J., Graetz, B., Kosky, R., Nurcombe, B., Patton, G., Prior, M., Raphael, B., Rey, J., Whaites, L., & Zubrick, S. (2001). The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 806-814.
- Sayal, K., Taylor, E., Beecham, J., & Byrne, P. (2002). Pathways to care in children at risk of attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 43-48
- Sayal, K., Tischler, V., Coope, C., Robotham, S., Ashworth, M., Day, C., Tylee, A., & Simonoff, E. (2010). Parental help-seeking in primary care for child and adolescent mental health concerns: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 476-481.

- Scherer, M. & Nakamura, C. (1968). A fear survey schedule for children (FSS-FC): A factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS) *Behaviour Research and Therapy*, 6(2),173-182.
- Shanley, D., Reid, G., & Evans, B. (2008). How parents seek help for children with mental health problems. *Administration in Policy and Mental Health*, 35, 135-146.
- Silverman, W., Saavedra, L., & Pina, A. (2001). Test–retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for *DSM–IV*: Child and Parent Versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 937–944.
- Simon, E., Bogels, S., & Voncken, J. (2011). Efficacy of Child-Focused and Parent-Focused Interventions in a Child Anxiety Prevention Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 204-219.
- Sourander, A., Helstela, L., Ristkari, T., Ikaheimo, K., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Child and Adolescent Mental Health Service Use in Finland. *Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 294–298.
- Srebnik, D., Cauce, A., & Baydar, N. (1996). Help-seeking pathways for children and adolescents. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 4(4), 210–220.
- Stefl, M., & Prosperi, D. (1985). Barriers to mental health service utilization. *Community Mental Health Journal*, 21(3), 167–178.
- Strauss, C., Frame, C., & Forehand, R. (1987). Psychosocial impairment associated with anxiety in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16(3), 235 – 239.
- Summerfeldt, L., & Antony, M. (2002). Structured and Semistructured Diagnostic Interviews. In Antony, M., & Barlow, D. (Eds.) *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*, Guilford Press, (pp. 3 – 37).
- Teagle, S. (2002). Parental Problem Recognition and Child Mental Health Service Use. *Mental Health Services Research*, 4 (4), 257-266

- Turner, E., & Liew, J. (2010). Children's Adjustment and Child Mental Health Service Use: The Role of Parents' Attitudes and Personal Service Use in an Upper Middle Class Sample. *Community Ment Health J*, 46, 231-240.
- Vogel, D., Wester, S., Larson, L., & Wade, N. (2006). An Information-Processing Model of the Decision to Seek Professional Help. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37 (4), 398-406.
- Wilson, C., Bushnell, J., & Caputi, P. (2011). Early access and help seeking: practice implications and new initiatives. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 34-39
- Zahner, G., & Daskalakis, C. (1997). Factors Associated with Mental Health, General Health, and School-Based Service Use for Child Psychopathology. *American Journal of Public Health*, 87 (9), 1440-1448.
- Zwaanswijk, M., Verhaak, P., Bensing, J., van der Ende, J., & Verhulst, F. (2003). Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents: A review of recent literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(4), 153-161.
- Zwaanswijk, M., van der Ende, J., Verhaak, P., Bensing, J., & Verhulst, F. (2003). Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(6), 692-700.
- Zwaanswijk, M., van der Ende, J., Verhaak, P., Bensing, J., & Verhulst, F. (2005). Help-seeking for child psychopathology: pathways to informal and professional services in the Netherlands. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1292-1300
- Zimmerman, F. (2005). Social and economic determinants of disparities in professional help-seeking for child mental health problems: Evidence from a national sample. *Health Services Research*, 40(5), 1514-1533.

ANEXO I: Consentimento informado (1ª Fase)



Caros pais

O Agrupamento de Escolas Eugénio dos Santos estabeleceu um protocolo com o Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa no âmbito de um estudo, projeto CATCH, que tem por objetivo uma melhor **compreensão dos problemas da ansiedade em idade escolar**. **Todas as crianças dos 3^{os} e 4^{os} anos de escolaridade são convidadas a participar**, mas para que isso aconteça terão que entregar o formulário de consentimento que se encontra no final da página.

Por favor, leia as seguintes informações atentamente, antes de preencher o formulário.

Quais são os objetivos deste estudo?

Este estudo está a ser desenvolvido em várias escolas do país e tem por principal objetivo caracterizar os problemas de ansiedade de crianças em idade escolar, conhecer os fatores que lhe estão associados e contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes para a redução destes problemas e para a promoção da resiliência emocional nas crianças. Este projeto terá o seu início no ano letivo 2012/2013 e terminará no final do ano letivo de 2013/2014.

Quem é a equipa de investigação?

A equipa de investigação é composta por investigadores doutorados do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa e investigadores de outros centros de investigação nacionais e internacionais. Todos os psicólogos que participam na recolha de dados têm o grau de mestre em Psicologia e têm conhecimento e experiência na aplicação deste tipo de metodologias.

O que me é pedido ao meu filho e a mim?

A primeira fase do projeto consiste no **preenchimento de um questionário** breve a ser respondido por um dos progenitores e pela criança. O questionário a ser preenchido pelo progenitor será enviado para casa e será respondido por este autonomamente e o questionário a ser respondido pela criança será administrado durante parte de uma aula, com o apoio de um elemento da equipa de investigação.

Na segunda parte do projeto só participarão cerca de 20 % dos alunos e os seus pais, selecionados de acordo com as respostas a estes questionários, que nessa altura serão de novo contactados pela equipa de investigação.

Sou obrigado a participar?

A participação é voluntária, mas é muito importante para nós termos o maior número possível de participantes. Noutros estudos tivemos uma adesão de 85% das crianças e dos seus pais, que este ano gostaríamos de superar.

Quem é que tem acesso aos dados?

Apenas os elementos da equipa de investigação terão acesso aos dados individuais. Cada questionário terá um código que permitirá a identificação de quem forneceu as respostas ao questionário, que apenas será conhecido pelos investigadores.

Os resultados coletivos, que resultam da combinação das respostas de todas as crianças que participam no estudo, serão tornados acessíveis aos pais, através da página de internet do projeto.

Com quem é que devo contactar se tiver mais dúvidas?

Por favor contacte com a investigadora responsável, doutora Ana Isabel Pereira por telefone (217943636) ou e-mail (ajpereira@fp.ul.pt).

Eu, _____, encarregado de educação do
aluno _____, da turma _____, do ano _____, li a informação fornecida e:

☐

Autorizo que o meu filho participe na 1ª fase do projeto CATCH do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa.

☐

Não autorizo que o meu filho participe na 1ª fase do projeto CATCH do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa.

Assinatura: _____



Faculdade de Psicologia
2179-016

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia

ANEXO II: Consentimento informado (2ª Fase)



No seguimento da participação do(a) seu(sua) filho(a) na primeira parte do Projeto CATCH, vimos contactá-lo(a) novamente.

A primeira fase do estudo teve uma elevada adesão e por isso agradecemos a todas as crianças e pais que se disponibilizaram para participar.

Em Novembro deste ano iniciaremos a segunda fase do estudo. Nesta segunda fase só participarão algumas crianças. O seu(sua) filho(a) foi uma das crianças seleccionadas. Por este motivo, agradecemos que leia a informação que se encontra abaixo, para que possa tomar uma decisão relativamente à participação do seu filho na segunda fase do estudo.

Em que é que consiste a segunda fase do estudo?

Na segunda fase do estudo é pedida novamente a colaboração da criança e dos pais.

Esta segunda fase irá realizar-se em 4 etapas:

1. Realização de uma entrevista individual com a criança na escola (duração média 45 min.).
2. Realização de uma entrevista com a criança e a mãe (duração média 1h30). Nesta entrevista serão feitas questões sobre o humor, sentimentos e comportamentos da criança. Esta entrevista será gravada para análise e codificada pela equipa de investigação e será realizada na escola ou na Faculdade de Psicologia, de acordo com a disponibilidade da mãe e da criança. No final da entrevista será fornecido à mãe alguma informação sobre esta avaliação e, em certos casos, poderá ser proposto que a criança participe numa terceira fase do estudo. No final deste formulário pedimos o contacto telefónico para agendar esta entrevista.
3. Preenchimento de um conjunto de questionários pela mãe e pelo pai (duração média 30 minutos). Os questionários são enviados para casa.
4. Preenchimento de um conjunto de questionários pela criança na escola, em pequenos grupos (duração média 45 min.).

Sou obrigado a participar?

A participação é voluntária, mas é muito importante para nós termos o maior número de participantes possível. Em qualquer momento do processo de investigação os pais e/ou a criança podem decidir abandonar o estudo.

Quem é que tem acesso aos dados?

Apenas os elementos da equipa de investigação terão acesso aos dados individuais e aos registos áudio. Os dados não podem ser utilizados para outros fins que não os da investigação.

Com quem é que devo contactar se tiver mais dúvidas?

Por favor contacte com a investigadora responsável, Doutora Ana Isabel Pereira por telefone (217943636) ou e-mail (projctocatch@fp.ul.pt)

X

Eu, _____, encarregado de educação do aluno _____, da turma _____, do ano _____, li a informação fornecida e:

☐ **Autorizo** que o meu filho participe na 2ª fase do estudo do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa, disponibilizando para o efeito os seguintes contactos telefónicos: _____ (casa), _____ (telemóvel), _____ (e-mail)

☐ **Não autorizo** que o meu filho participe na 2ª fase do estudo do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa, mas gostaria de ser contactado no caso de terem sido identificados níveis elevados de ansiedade que sugiram a necessidade de uma avaliação mais detalhada, disponibilizando para o efeito os seguintes contactos telefónicos: _____ (casa), _____ (telemóvel)

☐ **Não autorizo** que o meu filho participe na 2ª fase do estudo do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa e não estou interessado em ser contactado.

Assinatura: _____



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

ANEXO III: Motivos pelos quais os pais ainda não tinham procurado ajuda profissional

Perceção do problema		
Dimensões	Exemplos de verbalizações	
Não reconhecimento do problema – Perceção de elevado controlo	Controlo da criança	<p>“Embora seja muito real, ele consegue lidar com isso”.</p> <p>“(…) conseguiu resolver”.</p> <p>“A mãe acha que ele consegue controlar/dominar os medos”.</p> <p>“Não é patológico, acalma-se, dorme bem (não tem terrores noturnos)”.</p>
	Controlo dos pais (autoeficácia)	<p>“Mãe ia tentando amenizar - tentar controlar a casa e o trabalho”.</p> <p>“Acho que sou capaz de lidar com a situação. Converso com ela e vai-se resolvendo”.</p> <p>“É gerido entre nós”.</p> <p>“Acho que temos de superar. De ser fortes, sermos nós”.</p> <p>“Ia tentando ajudar (lia estratégias). Sou professora e o irmão ajuda e faz as tarefas com ela”.</p> <p>“Sou psicóloga e tento ensinar-lhe estratégias”.</p>

Não reconhecimento do problema - Não estabilidade	Não estável (desenvolvimento)	<p>“Acho que não é assim tão grave. Tem medos que vão passando. Ainda é muito pequeno”.</p> <p>“Sempre pensei que conseguiríamos ultrapassar por fases. À vista do que era melhorou substancialmente”.</p> <p>“A situação que me preocupou foi a do escuro. Com o tempo passava”.</p> <p>“Com o tempo e com a nova etapa as coisas vão mudando”.</p> <p>“Ao mesmo tempo com o passar dos anos tem atenuado. Acaba por adormecer se eu não puder estar. Já fica fora de casa”.</p> <p>“Passará com o tempo”</p>
	Não estável (aprendizagem)	<p>“Ela vai começando a aprender. Penso que é um caminho que tem que percorrer sozinha”.</p>

Percepção do problema (continuação)		
Dimensões	Exemplos de verbalizações	
Não reconhecimento – Causalidade	Interna	<p>“Ela sempre foi assim”.</p> <p>“Prematuro”.</p> <p>“O problema é que tem pouca autoestima. Agora quero que faça alguma coisa que aumente a autoestima.”.</p>
	Externa (contaminação parental)	<p>“Pode vir de mim”.</p> <p>“Sou um pouco como ela. Devia deixá-la mais à vontade. Transmito-lhe ansiedade”.</p> <p>“Acho que os medos estão todos relacionados com a situação do pai”.</p> <p>“O que ela sente, sou eu que passo. Procurando ajuda para mim também ajudo a minha filha”.</p>
Não reconhecimento do problema	Normalização – não identificar necessidade	<p>[Nota: 23 mães indicaram que não procuraram ajuda profissional por consideraram o problema normal, não reconhecendo o problema como um verdadeiro problema. Muitas respostas foram semelhantes, sendo que serão apresentados alguns exemplos de verbalizações].</p> <p>“Nunca achei necessário”.</p> <p>“Acho que é normal”.</p> <p>“Não acho que seja uma coisa exagerada”.</p> <p>“Não valorizou muito”.</p>

		<p>“Penso que são coisas do dia-a-dia”.</p>
	Não percepção	<p>“Não me tinha apercebido. Não é muito de demonstrar o que sente”.</p> <p>“Cada um tem a sua maneira de pensar as coisas”.</p>
	Não específico	<p>“Superou. Não deixou marcas. Não acho que tenha muitos medos”.</p> <p>“A professora anterior (professora perfeccionista) sempre foi muito exigente. Acho que a maneira de ela estar na escola tem a ver com isso”.</p> <p>“O que não consegue (controlar) é o medo da violência (coisas que se passam no mundo)”.</p> <p>“Acho que foi algo que aconteceu na primeira vez que a assustou”</p>

Perceção do problema (continuação)		
Dimensões	Exemplos de verbalizações	
Não reconhecimento do problema	Não reconhece impacto	<p>[Nota: Foram 10 as mães que não procuraram ajuda por não percecionarem impacto. Duas mães deram repostas muito semelhantes às respostas abaixo, daí terem só sido apresentadas 8]</p> <p>“Acho que a vida dela não é afetada o suficiente e ela conversa sobre isso. Não fica paralisada e consegue expressar-se”.</p> <p>“Nunca sentimos que isso atrapalhasse a vida. Tem uma justificação”.</p> <p>“Não é uma coisa muito acentuada. Não deixa de fazer as coisas”.</p> <p>“Causa alguma perturbação no bem-estar mas não interfere na vida dele.”</p> <p>“Ansiedade não tem muito impacto”.</p> <p>“Nunca levaram a sério ao ponto de ser problemático”.</p> <p>“Não o impede de fazer coisas. Só ficar sozinho. Mas entretanto acalma-se”.</p> <p>“Nunca achei nada que me preocupasse muito”.</p>
	Reconhece o problema – impacto no bem-estar	<p>“Ultimamente penso que esta insegurança e inibição lhe possa trazer problemas de relacionamento na adolescência”.</p> <p>“Só agora comecei a achar que poderia precisar de ajuda, porque ela se distrai muito”.</p> <p>“Nunca recorri mas gostaria de recorrer. Iria melhorar muito”.</p>

Reconhecimento do problema	Procura de outras fontes e desvalorização	<p>[Nota: Foram 10 as mães que reconheceram o problema mas recorreram a outras fontes e houve uma desvalorização do problema por parte das fontes. Foram apresentados 8 verbalizações, pois 2 mães deram respostas são muito semelhantes àquelas que foram apresentadas]</p> <p>“Perguntou aos professores e estes não achavam que o menino tinha problemas”.</p> <p>“Pensava que ela precisava, mas a Professora do 1º ciclo sempre achou desnecessário. No 5º ano já pensava recorrer”.</p> <p>“Vai regularmente ao pediatra e a opinião do pediatra é que enquanto tiver bom rendimento não é preciso fazer nada”.</p> <p>“Os professores achavam que não”.</p> <p>“A mãe falou muitas vezes com a médica de família sobre isto (até por causa do pai). A mãe acha que necessita”.</p> <p>“Sempre a achei muito fechada. Eu falei com o médico de família sobre isto, mas ele dizia que isto passava com o tempo. Converso com ela sempre que posso. Agora tenho visto que não”.</p> <p>“A tia é psicóloga e sempre passou a ideia de que é melhor resolver as coisas em casa”.</p> <p>“Fala com um amigo pediatra”.</p>
	Falta de encaminhamento por parte de outras fontes	<p>“Já falei com uma médica porque acho que ela está muito ansiosa. Disse que ia encaminhá-la. Nunca mais falou”.</p>

	Obstáculo - Acessibilidade	“A psicóloga é em Santa Iria, muito longe”.
	Obstáculo - Atitudes parentais acerca do problema	“Queria ver como ela reagia às coisas”.
	Obstáculo - Fatores socioeconómicos	“Financeiramente não tenho essa hipótese”. “Por termos monetários também”. “Questões financeiras”.